

RAQUEL SCHALLMAN

PARIR EN LIBERTAD

En busca del poder perdido

Grijalbo

Schallman, Raquel

Parir en libertad : en busca del poder perdido - 1ª ed. -

Buenos Aires : Grijalbo, 2007.

320 p. ; 22x15 cm. (Autoayuda y superación)

ISBN 978-950-28-0437-8

1. Autoayuda. I. Título

CDD 158.1

*A la memoria de mis padres,
Luisa Kuperstein y Moisés Schallman*

*Para mis nietos, Tobías y Marlon,
que son el futuro*

Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte,
ni registrada en, o transmitida por, un sistema de recuperación
de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico,
fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia
o cualquier otro, sin permiso previo por escrito de la editorial.

IMPRESO EN LA ARGENTINA

Queda hecho el depósito

que previene la ley 11.723.

© 2007, Editorial Sudamericana S.A.®

Humberto I 531, Buenos Aires.

www.sudamericanalibros.com.ar

ISBN 978-950-28-0437-8

Publicado por Editorial Sudamericana S.A.® bajo el sello Grijalbo

Agradecimientos

A mi padre, Moisés, quien me dejó como legado su rectitud y sembró en mí la necesidad de escribir lo aprendido.

A mi madre, Luisa Kuperstein, que con su sabiduría me enseñó a confiar en la mía.

A mi hijo Gabriel Gustavo Lerman, que me puso en este camino de la partería y, ya adulto, me hizo la sugerencia primera de cómo se comienza un libro, "entregándome la llave".

A mi hijo Guido Diego González, sabio y amigo en todos los momentos.

A mi esposo, Jorge Dimant, compañero de vida.

A María Paula Cavanna, por su energía, sus propuestas, su capacidad organizativa desde el momento del "vos hablá, yo lo organizo", gracias por su enorme generosidad.

A Paula Horn, quien sostuvo mi salud física y psíquica.

A Sandra Chaheer por su talento y capacidad para armar la estructura y rellenarla.

A Laura Gutman y Ana María Carrillo, por sus bellos, inteligentes y amorosos prólogos.

A todos los que aportaron desinteresadamente para que este libro pudiera estar en la calle.

Y a todas las mamás por haberme permitido aprender con ellas.

Parto y sororidad

*por Ana María Carrillo**

Parir en libertad. En busca del poder perdido es —creo yo— un libro acerca de la “sororidad”. Ésta es el equivalente femenino de la fraternidad, la unión entre los hermanos o los miembros de una sociedad. Este concepto existe a pesar de que el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española la haya omitido.

En la introducción a su libro *La tía Tula*, dice Miguel de Unamuno dice que “[...] así como tenemos las palabras paternal y paternidad, que derivan de *pater*, padre, y maternal y maternidad, de *mater*, madre, y no es lo mismo, ni mucho menos, lo paternal y lo maternal, ni la paternidad y la maternidad, es extraño que junto a fraternal y fraternidad, de *frater*, hermano, no tengamos sororal y sororidad, de *soror*,

* Socióloga e historiadora de la medicina. Profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

hermana. En latín, hay *sororius*, a, um, lo de la hermana, y el verbo *sororiare*, crecer por igual y juntamente”.

Y eso es, precisamente, lo que ofrece Raquel Schallman: una propuesta “sororal” de partera a partera, de partera a embarazada y parturienta, y de embarazada a embarazada.

Durante milenios, las parteras fueron terapeutas socialmente reconocidas, consideradas, incluso, intermediarias entre las diosas y las parturientas. El suyo era un saber femenino que se heredaba de madres a hijas o a otros familiares de ese sexo. Pero en la Europa medieval comenzó el intento de la profesión médica de arrebatárles su saber y su poder, lo que, en muchos lugares del mundo, se logró unas centurias después. Así, en esa época surgió una literatura misógina, escrita por hombres y para hombres, como el *Secreta mulierum*, que prometía a éstos revelar los secretos de las mujeres, y advertía de la necesidad de excluir a las mujeres mismas de ese conocimiento.

La autora —quien es partera— llama a sus colegas a recuperar su sabiduría ancestral, y las incita a enseñarse de nuevo las unas a las otras, así como a reflexionar sobre su oficio, a ser observadoras, utilizar el sentido común, y a estar disponibles para poner el cuerpo y la emoción al acompañar a las parturientas, ya que el nacimiento no es un experimento científico, sino una experiencia llena de emotividad, donde el involucramiento personal es inevitable.

Parteras con estas características podrían ayudar a las mujeres que van a ser madres a tomar conciencia de sus derechos, recuperar la autodeterminación para decidir en lo concerniente al nacimiento de sus hijos, expresar sus sentimientos y deseos particulares, meterse en sí mismas y enfrentar así su miedo al dolor... y al placer. Sentir confian-

za tanto en su naturaleza como en su capacidad para parir, más que en la técnica médica y, llegado el momento de dar a luz, *dejarse ir* para que aflore su ser más instintivo.

Parece que ningún aspecto del nacimiento ha quedado fuera del libro; han sido consideradas la biología, la psicología, la historia y hasta la economía del parto. Pero quizá su aporte principal sea los postulados acerca del Abordaje Corporal-Emotivo*. Compilando aportes de personas, técnicas y disciplinas, Raquel ha creado un método personal para acompañar a las embarazadas en un proceso en el que ellas puedan ser protagonistas conscientes de un “parto en libertad” (concepto que toma de Roberto Wasserman, y que ella opone a otros como “parto sin dolor”, sin temor, humanizado o psicoprofiláctico).

Raquel acepta a las embarazadas sin condiciones y sin expectativas. Por medio de la música y el movimiento, las hace trabajar con su cuerpo para que se conecten con la mujer primitiva que habita en ellas, ya que —dice— los mecanismos del parto están regidos por la parte más instintiva del cerebro, que es inabordable desde la palabra y el pensamiento reflexivo. No espera que en el nacimiento de sus hijos ellas se comporten de una determinada manera. Intenta que en todo momento predomine el deseo de las mujeres, no el suyo.

Esto me ha hecho recordar el diálogo de Platón en el que Sócrates se llama a sí mismo “partero”, a causa de su método. Como es bien sabido, éste consistía en interrogar a sus interlocutores, a cuyas preguntas nunca respondía, pues consideraba que nada sabía. Ignorantes al principio, quienes conversaban con él hacían maravillosos progresos, pero no aprendían de Sócrates, sino que encontraban el conocimien-

* Este concepto se desarrollará en el Capítulo 5.

to en sí mismos. Sócrates asegura que debido a que Fenarete, su madre, era partera, él era experto en el oficio de mostrar a cada hombre lo que llevaba dentro de sí, para que éste pudiera sacarlo a flote.

Con el Abordaje Corporal-Emotivo, se da la tercera propuesta de sororidad: la de embarazada a embarazada, ya que se trabaja en grupos. Tanto Raquel Schallman como las participantes de los talleres describen cómo en ellos se toman de las manos, se encuentran con la sensualidad propia y la ajena, se dan permiso, se *dejan ir*, se re-conocen.

A partir de su experiencia personal, que incluye veintidós años de atender partos domiciliarios, la partera Schallman describe al hogar como el mejor lugar para parir, como espacio de libertad, de comodidad y, contra todos los mitos, de mayor seguridad. No niega la posibilidad de que dentro del sistema de salud, público o privado, pueda darse una experiencia libre de nacimiento. Pero —advierte— el parto en libertad, con el que se ponga fin al maltrato a las parturientas y sus hijos recién nacidos o por nacer, no podrá institucionalizarse sin una firme alianza de mujeres y parteras, en lo que hasta hoy hay pocos avances.

Da la palabra a mujeres que han dado a luz —en casa o en instituciones hospitalarias, solas o acompañadas, con un parto natural o con una cesárea— para que relaten sus dolores y sus gozos. Nos permite escuchar también la voz de los padres, conmovedora hasta el canto y las lágrimas. Como bien señala la autora, éstos pueden ser el cuerpo-útero que sostenga a la mujer en el embarazo y el parto; los que pongan la cabeza cuando su compañera ponga el cuerpo para parir; quienes corten el cordón umbilical, como símbolo de que su función futura será separar a sus hijos de la madre e introducirlos en el mundo.

Como partera con formación universitaria y que labora en una urbe, Raquel reconoce la importancia de la tecnología médica para la supervivencia en casos graves, pero no acepta que se maneje un proceso fisiológico como si se tratara de uno patológico.

Frente al parto hospitalario con sus prácticas medicalizadas, pensadas en función del médico —aislamiento de la madre, inducción, posición horizontal, anestesia, monitoreo fetal electrónico, cesárea— que alteran lo que denomina la sabiduría del cuerpo para parir, ella defiende el derecho de la mujer a tener un parto no intervenido, que sea a un tiempo proceso mágico, acto gozoso, celebración del amor y fiesta de la vida.

Mi interés por el parto en libertad y mis encuentros con la autora en reuniones en México y en la Argentina, me han dado la fortuna de ser invitada a prologar esta obra rebelde, que es de denuncia tanto como de esperanza. Tengo la impresión de que al dar a luz su libro, Raquel Schallman ha gritado con ese grito primal que suelen dar las madres en el momento en el que sus hijos nacen.

Ciudad de México-Buenos Aires, 2007

La partera y la parturienta:
dos caras de lo femenino

por Laura Gutman*

Parir en libertad. En busca del poder perdido es un libro fundamental por varias razones. En primer lugar, no hay otro libro similar, escrito por una mujer experimentada a favor de todas las mujeres jóvenes. En segundo lugar, todo el libro está planteado desde el sentido común, que suele ser el menos común de los sentidos. En tercer lugar, aborda los temas que más nos preocupan hoy en día aunque no tengamos conciencia de ellos: habla sobre cómo nacemos y cómo morimos, algo que todos, absolutamente todos, compartimos. Y por último, quiero destacar que este libro está escrito desde la humildad y la sinceridad de la partera probablemente más experimentada de la Argentina.

* Es autora de libros de maternidad y crianza: *La maternidad y el encuentro con la propia sombra* (2003), *Puerperios y otras exploraciones del alma femenina* (2004), y *Crianza, violencias invisibles y adicciones* (2006), todos editados por Del Nuevo Extremo.

Raquel Schallman fue y es una inagotable cuestionadora, antes que nada, de sí misma. Tuvo la misma formación académica que todas las obstétricas, trabajó en los mismos hospitales y clínicas privadas. Pero su espíritu de indagación permanente la llevó a lo largo de su vida a preguntarse sobre los partos, las rutinas, la iatrogenia hospitalaria, las imposiciones médicas, las faltas de respeto, el poder de los médicos, el sometimiento de las parturientas, las mentiras, las amenazas, los malos resultados, la manipulación del tiempo y de los ritmos naturales, las agresiones innecesarias, los sistemas de comercialización del cuerpo de las mujeres y las economías de los servicios de neonatología, por nombrar sólo algunos aspectos implicados en el acto de parir de una mujer.

Justamente, el hecho de "parir" ha quedado relegado a un lugar inexistente. Y a medida que la mujer parturienta fue dejando de existir como ser deseante, como protagonista y hacedora de su historia, la mujer acompañante, es decir, la "partera", también fue relegando en otros el lugar sagrado que ha tenido a lo largo de toda la historia humana en todas las culturas y civilizaciones. Me refiero al lugar de "estar al lado" de la mujer que pare. Hoy en día ese lugar no lo ocupa nadie en la mayoría de los casos. *Ergo*, la mujer que pare está sola.

La propuesta de volver a pensar con autonomía y valentía el lugar de la mujer parturienta y el lugar de la mujer partera son dos caras de la misma moneda. Y ésa es la propuesta —a mi modo de ver— más innovadora y conmovedora. Porque quien propone volver a pensarnos como mujeres modernas pero no por eso pagando precios altísimos en contra de nuestra naturaleza femenina, es también mujer. Cuando Raquel Schallman cuestiona los tactos innecesarios dentro de los genitales de cada mujer, está sintiendo sus propios

genitales violados. Cuando nos invita a pensar sobre las opiniones y prejuicios que circulan superficialmente respecto de los partos y a las prácticas más respetuosas, está sufriendo ella misma la intolerancia, el castigo y la condena sobre los cuerpos femeninos que todas portamos.

Quiero decir que es a partir de la experiencia real y concreta de haber acompañado cientos y cientos de partos diferentes a lo largo de los años, atravesados por mujeres con historias disímiles y en condiciones divergentes, que Raquel Schallman ha escrito el presente libro, aportándonos una visión amplia y transparente sobre la variedad de opciones y elecciones en el acto de parir. Es ella quien ha acompañado a las mujeres valiéndose de su capacidad de acercarse física y emocionalmente, integrando toda su sabiduría y conocimientos obstétricos. Es ella quien ha acompañado y acompaña actualmente partos difíciles, largos, riesgosos o complejos, siendo fiel a la tarea de cuidar, alentar, sufrir, llorar, traer luz, silenciar, ofrecer palabras adecuadas, masajear, proponer, captar sensaciones, preguntar, respetar, esperar, acordar y, sobre todo, estar al servicio del proceso del otro.

Hoy en día, las rutinas hospitalarias, la aparatología médica, el apuro y la multiplicación de controles médicos deja a la mayoría de los profesionales cada vez más ignorantes de los procesos naturales de los partos. Es una realidad abrumadora que los médicos y parteras jóvenes prácticamente no tienen la posibilidad de observar el desencadenamiento de un parto de manera totalmente natural. Y que las propias mujeres ya no tenemos idea cómo es un parto sin inducción ni contamos con la experiencia de sentir el funcionamiento de nuestros cuerpos. El panorama es desolador, sobre todo si pensamos en nuestras hijas y nietas y en el

mundo que vendrá con sus propuestas ciegas y definitivamente alejadas de lo humano.

Sin embargo, en esta locura de mundo futurista y artificial que ya es parte de nuestra vida cotidiana, hay profesionales como Raquel Schallman que gritan, contra todas las modas y corrientes de pensamiento, que las cosas pueden ser mucho más simples. Que el encuentro humano no está escrito en ningún manual de obstetricia. Que la calidez y la capacidad de escuchar y permanecer al lado de una mujer en trabajo de parto no se compran en la farmacia. Y lo más importante, lo que casi nadie acepta: que los partos respetados son generalmente más saludables, tienen muchísimos menos riesgos, son más económicos y son la semilla de mejores vínculos con los hijos.

Las mujeres que hemos tenido la maravillosa oportunidad de parir en libertad y en condiciones amorosas no podríamos concebir otro modo de traer a los niños al mundo.

Este libro ahora está al alcance de las mujeres que quieren enterarse de qué se trata. Porque por sobre todas las cosas, es un libro que se comprende bien, se lee fácilmente y se siente muy hondo en el corazón.

Escribo todo esto desde la subjetividad más subjetiva y desde el amor más amoroso hacia Raquel Schallman. Partera.

Vicente López - Buenos Aires - 2007

Prefacio

¿Por qué un libro?

En los años sesenta, al comenzar mis estudios de obstetricia, hice prácticas en el viejo Hospital Rawson. Como mi hijo era bebé, lo dejaba en casa de mis padres para ir a clases, y cuando volvía a almorzar contaba una gran cantidad de anécdotas vividas durante el día. Entre todas, tal vez la que más me marcó fue la de una mujer embarazada que llegó al servicio después de las ocho de la mañana. En ese entonces —y creo que las cosas no han cambiado demasiado—, quienes necesitaban atención tenían que presentarse en el hospital a las cinco o seis de la mañana para conseguir un turno.

Esta mujer había llegado “muy tarde” (aunque aún no habíamos empezado) y discutía con la administrativa que se negaba a darle un número. Le explicaba que primero había estado en pediatría, esperando que vieran a su nene de tres años, a quien había dejado solo allá para que “cuidara el lugar”; que luego había tenido que ir a otro servicio con su bebé de un año (al que traía en brazos) y que finalmente venía a controlar su embarazo. Yo intervine, a pesar de que sola-

mente era una alumna de primero o segundo año, y la hice pasar de inmediato.

Cuando contaba estas cosas, mi padre insistía en que debía escribirlas. Yo tenía poca disciplina para ello y no le encontraba el sentido. Él decía que si no quería sentarme a escribir... lo grabara, porque la acumulación de estas historias sentaría un precedente acerca de la atención a las embarazadas.

Hoy, después de tantos años de trabajo, mucha gente me ha pedido y propuesto que escriba, porque aquella observación primera de la realidad se fue convirtiendo en mí, con el tiempo, en un trabajo casi sistemático de investigación y con propuestas de cambio.

He escrito artículos para revistas y ponencias para congresos. Pero... ¿un libro? Las preguntas eran: ¿Para qué? ¿Para quién? ¿Les interesaría a los profesionales? ¿Y a las mujeres?

Sin embargo, en los últimos tiempos, mientras el maltrato se profundiza, han surgido voces en el mundo diciendo cosas muy parecidas a lo que intento transmitir. De modo que, cumplidos mis sesenta años, me parece que vale la pena poner sobre el papel lo vivido.

Recordando

Fui formada por el sistema médico convencional, trabajé dentro de él buena parte de la vida, y lentamente fui desprendiéndome de lo aprendido para recuperar, aunque fuera en una pequeña proporción, el saber ancestral de las parteras: el cuerpo a cuerpo de mujer a mujer.

Esto ocurrió porque empecé a preguntarme básicamente: ¿quién tiene tanto apuro? Y de parto en parto, fui dejan-

do de internar precozmente a las parturientas, devolviéndoles la libertad de movimiento y de elección. Cuanto más tarde llegaban al sanatorio, menos intervención había. Me pregunté el "para qué" de la mayoría de las rutinas que aplicaba tal como me habían enseñado, descubriendo que objetivamente no solamente no servían sino que dañaban. Pero que tenían un sentido mucho más profundo, dándoles determinado lugar a los profesionales y otro, bien diferente, a las mujeres y sus familias.

Con el tiempo, fui encontrando más preguntas y más respuestas.

En los últimos años, al darme cuenta de que iba a terminarse mi relación laboral con el médico con quien había trabajado las últimas dos décadas, con el que había compartido inquietudes, aprendizajes, experiencias, procesos, volví a replantearme mi trabajo. Y cuando finalmente sucedió la ruptura, se produjo en mí una especie de liberación.

Me siento otra. Ya no estoy sometida al poder médico. He hecho siempre un camino personal. Disfruté de mi crecimiento, de mi desarrollo, y las mamás que me tuvieron como partera vivieron experiencias diferentes a las habituales.

Ahora querría compartir esto también con mis colegas. Que algunas de ellas puedan darse cuenta del beneficio incalculable que tiene el parto libre no sólo para las madres sino para las mismas parteras. Revalorizarse, darse cuenta de lo importante de la función. La gratificación que significa la devolución de la gente; el compartir, experimentar y presenciar un nacimiento gozoso. Más allá de cómo termine, el parto siempre es gozoso si es respetado.

Y también querría que cada día más mujeres tomen conciencia de su poder y sus derechos, para que puedan exigir el mejor de los tratos y el mayor de los respetos por sus necesi-

dades y emociones, y el cuidado más personal y afectivo por sus bebés y por ellas mismas.

Por último, sería bueno que los obstetras pudieran reflexionar sobre su práctica. Algunos han empezado a hacerlo y se dan cuenta de que han invadido el terreno ajeno: el de las parteras y las madres.

En junio de 2002 participé de la Conferencia Internacional de Partería y Autorregulación que se hizo en San Miguel Allende, México, a la cual fui invitada como representante de la partería autónoma argentina. Volví muy radicalizada en mis opiniones.

Y enseguida me di de cabeza contra la pared. ¿Qué es lo que quiero cambiar?, me pregunté. ¿Contra quién hay que luchar? ¿Qué es lo que tenemos que hacer?

Hagamos una Escuela de Parteras, pensé. De otro tipo de parteras. ¿Cuántas estudiantes vamos a tener? ¿Tres, cuatro? No importa. Empecemos de nuevo.

Esta movilización que se produjo dentro de mí tuvo que ver con el encuentro, por primera vez en mi vida, con parteras tradicionales y empíricas de Latinoamérica.

Nosotras, las comadronas urbanas, no tenemos casi nada que ver con ellas. Somos producto de una cultura diferente, no podemos ignorar el saber científico, y no tenemos acceso al saber tradicional.

Esto último, debido a una ruptura cultural que se produjo cuando dejamos de transmitirnos el saber unas a otras y permitimos que los médicos se apoderaran del conocimiento obstétrico indicándonos lo que debíamos o no saber.

Algunas parteras urbanas latinoamericanas se han ido al monte a buscar a las tradicionales, y se han quedado acompañándolas y aprendiendo de ellas.

Pero entonces también me pregunto: ¿hasta dónde nos podemos desprender del saber que tenemos?

Por otro lado creo que deberíamos pensar en una escuela de partería diferente, que incluya una Casa de Partos. Aun cuando la única forma de hacerlo sea por fuera del sistema oficial.

Sin embargo, como la ley termina acompañando los procesos sociales, confío en que lograremos la legitimación.

Podemos pensar en el caso de Estados Unidos. Allí cerraron las escuelas de obstétricas y convirtieron el oficio en una especialización de la enfermería, tergiversando la esencia de la tarea. Entonces, surgieron mujeres que buscaron aprender de otras parteras, como ha sido siempre a través de la historia. Actualmente, su práctica está legalizada en la mitad de los estados de ese país. De la misma forma nosotras, en el Cono Sur, debemos reencontrar el camino.

Hay quienes me han dicho alguna vez que el parto "es solamente unas horitas, no es tan importante". Por el contrario, yo creo que es una bisagra en la vida de una mujer. Es el antes y el después. El punto máximo en el desarrollo biopsico-socio-sexual de esa mujer. Y es un punto límite entre la vida y la muerte. La muerte de un pedazo del propio cuerpo para dar lugar a otro: el nacimiento del bebé.

Sigo creyendo que vale la pena ocuparse de este tema, tal vez el más central de todos: el misterio de la misma existencia.

Yo quería ser médico

Tenía menos de nueve años cuando un día escuché distraídamente una conversación entre mis padres. "Marito tie-

ne que ser médico", decía mi papá refiriéndose a mi hermano, "pero Raquelita con que sea maestra es suficiente". Me quedaron dos imágenes de esa charla: que alcanzaba con ser maestra y eso era lo que quería mi papá. Y que era mucho más valioso ser médico. No médica, sino "médico". Así que empecé a pensar en ese rol tan importante, y me interesé por todo lo que tenía que ver con la salud.

En la escuela primaria a la que asistía, al llegar al tercer grado, se elegía a una alumna por curso para que formara parte de la Cruz Roja. ¡Era la gran oportunidad de empezar a hacer algo dentro del tema! Los chicos que formaban parte de ese grupo eran capacitados en nociones básicas de primeros auxilios. A mí me parecía todo lo mismo: primeros auxilios, medicina... cualquier cosa que tuviera que ver con ello estaba bien. Pero ese mismo año empezaron a llamarme la atención algunas cosas del sexo que eran muy misteriosas y prohibidas.

Había una publicidad en las revistas que decía "para esos días de nervios..." (el entrecomillado formaba parte del texto publicitario). Algunas compañeras preguntaban qué era eso de los "amueblados", empezamos a pensar qué cosas hacían las parejas allí...

En una clase cualquiera, nos estábamos mandando papeletos con este tipo de comentarios cuando la maestra se dio cuenta. Las "culpables" tuvimos que ponernos de pie.

Esto echó por tierra todos mis otros méritos para participar de la Cruz Roja escolar. No tenían ya valor mis notas ni mi aplicación ni mi inteligencia. No fui elegida para ser parte. La maestra nunca supo el dolor que me había causado: llevaría conmigo esta frustración a través de todos los años que me quedaban hasta terminar la escuela primaria. No lo viví como un castigo, sino como una tremenda injusticia.

A los diez años, empecé a menstruar. Mi madre, que no tenía muchos conocimientos sobre el tema, me dio la gran explicación: "Buscá 'menstruación' en el diccionario". Eso hice: "Regla cíclica que les ocurre a las hembras". Lo aprendí de memoria porque no entendía nada. Busqué cada palabra por separado y seguí sin comprender. Lo único que me quedó claro —porque me lo dijo ella— era que no podía bañarme, comer helados, ir a la pileta, ni muchas otras cosas más. Esta "prohibición" quedó para mí asociada a lo femenino. Con lo cual odiaba el color rosa y sentía que cuanto más varonil fuese, mejor.

Sin embargo, algunos años después, este "no saber" se convirtió en una curiosidad intensa y al comienzo de la adolescencia empecé a leer —lo que se podía en esa época— sobre educación sexual. Y ahí apareció el tema del embarazo y el parto.

Más tarde, en la secundaria, cuando un profesor faltaba y había hora libre, yo, la alumna Schallman, daba clases —medio a escondidas— sobre esos temas. Anatomía, fisiología, anticoncepción, vida reproductiva. Me fascinaba, y debía hacerlo bastante bien porque la convocatoria solía ser total. Tenía a toda la clase a mi alrededor.

Sin embargo, como decidí casarme al terminar la secundaria, fui una de las dos únicas alumnas del curso que no siguió estudiando de inmediato y que, aparentemente, no iba a hacerlo nunca más.

Mi nacimiento

Mis padres vivían en Mendoza pero para mi nacimiento fueron a Rosario, donde está aún hoy la mayor parte de mi

familia. Nací en la casa de la partera. Ni se les ocurría, hace sesenta años, pensar en médicos y clínicas, aunque ya existían. Cuando empezó el trabajo de parto, un sábado 6 de diciembre, mi mamá se pasó la noche caminando por el cuarto, con contracciones, porque no sabía hasta cuándo tenía que esperar. Yo nací a las 3 y 10 de la tarde del domingo 7 de diciembre de 1941. Fue el día en el que los japoneses atacaron Pearl Harbor y Estados Unidos entró en la Segunda Guerra Mundial. De modo que, mientras mi madre paría, mi padre andaba por ahí enterándose de lo que estaba pasando en el mundo. No sé cómo fue el trabajo de parto ni el parto. No sé si mi madre estuvo acompañada o no. Pero sí sé que estaba muy feliz y que lo toleró muy bien.

Dos años después nació mi hermano y para mí fue una catástrofe. En Mendoza a los niños chiquitos, muy inquietos, se los llamaba "culillos", y mi madre decía que yo era así. Siempre metiéndome, preguntando, tocando, muy curiosa. Pero cuando él nació, me transformé en una niñita responsable y seria. Yo tenía dos años y tres meses, y pienso que debo de haber vivido ese nacimiento como una amenaza enorme, por eso empecé a "portarme bien", como se esperaba que lo hiciera. A partir de ese momento mi actitud fue siempre de una gran autoexigencia. Primero, porque finalmente había llegado el varón tan deseado por la familia y, segundo, porque me quedó la idea —a esta conclusión llegué después de años de psicoanálisis— de que ser un hombre era más valioso que ser mujer. Pasé entonces, durante la terapia, por una etapa de mucha impotencia. Sólo después de largo tiempo empecé a revalorizar lo femenino, a darme cuenta de que lo valioso de una persona es independiente de su sexo o de su género.

Mi primer parto

Apenas cumplí diecinueve años me casé. Y a los veinte decidí con total ingenuidad que quería tener un bebé. Me anoté en una empresa de medicina prepaga en la que suponía que estaría bien, y participé de uno de los primeros cursos de preparación para el parto que existían. Era el año 1962.

Mientras nosotras aprendíamos a jadear, a pujar y a "abrirnos de piernas", mi mamá me esperaba afuera. Ella participó muchísimo de ese embarazo y de ese parto. Era una época en la que todavía las madres de las gestantes tenían un lugar importante en la familia. Y los maridos se quedaban afuera.

Cuando rompí la bolsa de las aguas me interné de inmediato. Eran las 12 de la noche. A las 8 de la mañana me pusieron un goteo, que hace cuarenta años era con drogas más cruentas y riesgosas que las actuales (en vez de oxitocina sintética se usaban derivados del cornezuelo de centeno que producían, entre otros síntomas, grandes picos de hipertensión). Como tenía la bolsa rota no me dejaban levantar y estuve acostada por lo menos doce horas. Me hicieron una cantidad feroz de intervenciones. Sólo me calmaba cuando aparecía la partera de guardia. Y como cuando ella se iba empezaba a inquietarme, mi mamá y mi marido, que se alternaban para estar conmigo, a cada rato la iban a buscar. En determinado momento se sentó al lado mío y empezó a mostrarme fotos de sus hijos, y a contarme que había pasado por partos propios y sabía lo que yo sentía. Esa fue la primera vez que tuve un pensamiento acerca de cuál debía ser la función de la partera, ese estar, acompañar sin intervenir, conteniendo.

Cuando llegué a la sala de partos, hubo otro tipo de maltrato. La agresión sobre una mujer agotada, que no sabe, que está entregada, y que en mi caso estaba sola, puede ser muy fuerte. La partera llegó a decirme: "Apúrese porque me tengo que ir a dormir", y yo le contesté furiosa: "¿Quién se imagina que está más apurada de las dos?".

Finalmente nació mi hijo Gabriel: ¡Qué maravilla! Me dejaron bajar de la camilla y salir con mi bebé en brazos. Fue glorioso. Mientras salía de la sala pensaba que quería tener otro bebé rápidamente para no cometer todos los errores que suponía haber cometido. Esto es algo que les pasa a algunas mamás: tienen ganas de tener otro parto, no necesariamente otro hijo. Vivir esa experiencia me decidió a formarme, a estudiar. Y cuando Gabriel tenía cuatro meses me inscribí en la facultad, como consecuencia de mi mala y mi buena experiencia. Porque el nacimiento de mi hijo fue también lo más milagroso que pude haber experimentado.

Mi segundo parto

Nueve años después, cuando nació mi segundo hijo, Guido, ya había recibido mi título pero no ejercía la profesión. Estaba casada con otro hombre y habíamos deseado y buscado ese bebé. Lo complicado era que mis padres no querían a mi marido, que, a diferencia de nosotros, no era judío, y dejaron de hablarme apenas se enteraron de que estaba embarazada. A los cinco o seis meses decidí que para ese parto quería una partera cariñosa, a la que conociera y me tratara bien. Y elegí, aunque parezca extraño, a una mujer que trabajaba con un médico que hacía abortos. Pero la conocía. Y sabía que era cálida y contenedora.

Mi fecha probable de parto era el 8 de noviembre, y el 31 de octubre en la noche, caminando por la calle, sentí un chorrito de líquido que caía: se había fisurado la bolsa de las aguas. Llegué a mi casa y me fui a dormir. Por la mañana llamé a Alicia y me dijo que fuera a verla. El nacimiento iba a ser asistido en una clínica pequeña de Lanús, provincia de Buenos Aires. Me revisó y como no estaba en trabajo de parto, decidió provocarlo. Me dieron un antibiótico. A las siete de la tarde me pusieron un goteo con oxitocina y, como en el parto anterior, tampoco me dejaron levantar. Pero la partera era muy atenta y cariñosa conmigo, y mi marido estaba muy pendiente, incluso inquieto. Esa vez no conté con el apoyo y la compañía de mi madre.

Las contracciones empezaron lentamente, y así pasé toda la noche, desesperada además por la posición horizontal. La sensación de estar presa de esa cama me duró muchos años. Ya a cierta hora del mediodía del martes no toleraba más la prohibición de incorporarme y "casualmente" el suero que tenía colocado se salió de la vena. Ahí se me permitió ir al baño. Fue un momento glorioso: levantarme de la cama, orinar en el inodoro, sentir el agua en la cara, el cuello, los brazos. Alrededor de las seis de la tarde, en un nuevo control, la partera me dijo que "aguantara", que iba a hacer una maniobra muy molesta: dilatación manual, que es algo extremadamente doloroso. Así intentaba acelerar el proceso que ya llevaba casi dieciocho horas. Mis gritos eran tremendos, pero en pocos minutos consiguió que la dilatación pasara de cinco a diez centímetros. Nos fuimos a la sala de partos y en la siguiente contracción ya no hubo gritos, empecé a tener rápidamente ganas de pujar. Nuevamente se indicaba una episiotomía, pero tuvo la delicadeza de consultarlo conmigo. Y terminé aceptando. ¿Qué hizo ella?, ¿cómo la hizo?, ¿fue

más pequeña y el corte fue en una zona menos sensible? No lo sé, pero en la evolución posterior, a diferencia de la primera vez, casi no tuve molestias.

A las 7 de la tarde nació un flaquito muy precioso. No me lo dieron inmediatamente. La enfermera se lo llevó, pero como no había neonatólogo ni nurse supongo que no le hicieron ni la mitad de las rutinas habituales.

Fue un parto más largo que el primero. Tuve veinticuatro horas de goteo. Pero aunque ambos fueron bastante parecidos en la evolución fisiológica, en el segundo yo no fui maltratada.

El hecho de que lo emocional hubiera sido tan diferente me cambió de manera absoluta la experiencia entre uno y otro, aunque en ambos hubiera habido goteo, episiotomía y prohibición de levantarme. Al mismo tiempo, el que tuviera lugar en un pequeño sanatorio, con un médico que cada tanto venía a ver cómo andaba todo pero se volvía a ir, y una partera que no se movió de ahí y con la que yo tenía un vínculo previo, me dejó un recuerdo mucho más grato. La única sombra fue no haber contado con mi madre ni en el parto ni en la crianza de ese segundo hijo.

La vocación

Hasta que nació Gabriel mi deseo aparente era sólo casarme y ser esposa. En algún lugar había dejado mi aspiración de ser médica. Pero cuando me anoté en la Escuela de Obstetricia, la vida empezó a cambiarme lentamente. Le daba de mamar a mi hijo y salía corriendo a hacer esperas interminables para inscribirme en la facultad. En algún momento les decía a los que estaban delante: "Mirá", y les

mostraba la ropa mojada de leche porque estaba amamantando. Me dejaban pasar, hacía el trámite, me tomaba un taxi para darle otra vez de mamar y volvía a hacer el siguiente.

Cuando empecé a estudiar, vivía en Ezpeleta, detrás de Quilmes (provincia de Buenos Aires), y estudiaba en la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Buenos Aires, que quedaba en el centro de la Capital. Tomaba un ómnibus hasta la estación y de ahí el tren, luego caminaba cinco cuadras para dejar al bebé en casa de sus abuelos, volvía hasta el subterráneo para irme a la facultad. Todo este traslado llevaba un par de horas de ida y otro par de regreso. Estudiaba de noche. Y mis notas fueron lamentables: muchos aplazos y cuatros y cincos, pero con los años me di cuenta de que aprender muy poco de lo que intentaban enseñarme fue lo mejor que me podía haber pasado.

Estuve apenas influida por una formación que ponía el énfasis en la patología. Pero, a la vez, el hecho de no haber asimilado demasiado estos conocimientos me obligó con los años a ser muy observadora, utilizar el sentido común, buscar información por mi cuenta y nutrirme con otro tipo de lecturas. Digamos que, sin proponérmelo, al comienzo mi formación fue bastante autodidacta. Pero cuando obtuve el título, no sabía casi nada. Me había separado de mi primer marido y trabajaba como dactilógrafa mientras criaba a mi hijo. En esa época, las parteras eran mujeres que tenían fama de acostarse con los médicos, o de hacer abortos en los barrios. Por lo menos ésa era mi visión. Y en muchos casos esto era así. Por lo tanto, elegir esta profesión era ir a contramano de lo que "se debía ser".

La manera de conseguir trabajo como partera en ese entonces no era muy diferente de la actual. Había que ir a un hospital y pedir humildemente permiso para ser "concurren-

te". Se empezaba asistiendo semanalmente a una guardia en la que exigían cumplir como si pagaran un sueldo, aunque se trabajaba gratis, y había que esperar a que hubiera algún cargo rentado.

Yo trabajaba muchísimo como dactilógrafa, para poder mantenernos a mi hijo y a mí, de modo que a lo largo de diez años hice cada tanto algunas guardias pero me resultaba agotador. Entraba y salía de los hospitales, hacía algún curso de posgrado, y nada más. Después me contacté con un ginecólogo que me habló de partos, equipo interdisciplinario y posibilidades diferentes de trabajo y me entusiasmé mucho. Me ofreció hacer guardias gratuitas en un hospital en el que trabajaba la partera que estaba con él, para que yo me formara y pudiera reemplazarla los fines de semana.

Al verla a ella manejarse tan segura —hacía diez años que ejercía— creía que me iba a llevar muchísimo tiempo lograr lo mismo, pero finalmente aprendí lo que ella hacía en unas cuantas semanas y después seguí progresando. Tenía entonces treinta y cuatro años. Pasados algunos meses, esta partera dejó el puesto y el médico me lo ofreció. Acepté, y ése fue el año más complicado de mi vida. Seguí trabajando en la oficina, atendía con él unos quince partos mensuales, y me hacía cargo de un grupo de preparación para el parto. Mi promedio de horas trabajadas por día era de veinte a veintidós. Fue un año terrible, pero yo sabía que estaba haciendo el pasaje del escritorio a los partos.

Este obstetra trabajaba con una psicóloga, María Susana Velázquez, que fue una de mis grandes maestras y quien insistió mucho en que hiciera un aprendizaje en técnicas corporales para preparar a las embarazadas. En aquel entonces yo no entendía de qué se trataba pero empecé a buscar, y lo que encontré se transformó con los años en la

cualidad que, creo, es la que más me distingue en mi trabajo: los cursos de Abordaje Corporal-Emotivo que les ofrezco a las embarazadas.

El inicio de los partos en libertad

En 1982 hacía guardias en el Sanatorio Quintana, donde nos habían convocado a un grupo de colegas para promover una experiencia de parto humanizado. Un día sonó el teléfono. Era un obstetra que quería saber cómo estábamos trabajando las parteras que participábamos del proyecto. Llegó, hablamos casi tres horas, y al final me ofreció armar un equipo. Mi respuesta fue que sí, pero que yo todavía tenía muchas dudas en el ejercicio de la profesión. Contestó que él también, y que tener esas dudas era el camino para aprender. Y para equivocarse menos. Nuestro planteo inicial fue el respeto a la parturienta. Nunca, ni al principio ni al final, nos propusimos como objetivo el parto domiciliario, aunque hayamos terminado atendiéndolos y aunque hoy esté convencida de que la casa es el mejor lugar para parir.

El primer parto en casa

Después de unos cuantos años de trabajar juntos, atendimos el primer nacimiento en casa. Se trataba de una mujer que había tenido sus otros tres hijos en clínicas, con mucho maltrato. Pensamos que como era el cuarto, no podía ser muy complicado, y aceptamos. Ella rompió la bolsa de las aguas y el obstetra le dio veinticuatro horas para empezarlo, de lo contrario, iríamos a una clínica. Hay que pensar que

éramos “primerizos”. En los últimos años de trabajo juntos, podíamos esperar tres o cuatro días a una mujer en esa situación. Pero comenzó antes. Nosotros habíamos llevado apenas una cajita con el instrumental mínimo.

Actualmente voy a una casa con todo lo que puedo necesitar (algunas drogas, oxígeno, entre otras cosas). pero también llevo todo lo que les pedí a los papás que compraran, por las dudas (hilo de sutura, jeringas, clamps, anestesia local, etc.). Este proceso lo fui haciendo lentamente, a medida que asistíamos cada vez más cantidad de ese tipo de partos.

Fue un nacimiento bastante rápido, en la cama, acostada, en las posiciones ginecológicas más o menos habituales. Resultó muy alentador que los otros tres hijos de la pareja, adolescentes, estuvieran en la casa todo el tiempo con una actitud de mucho cuidado hacia nosotros, casi diría de protección. Creo que en gran parte por eso viví con mucho placer esa primera experiencia.

Autonomía

Durante esos años no trabajé exclusivamente con este obstetra, y en los últimos tiempos en particular se me acercaron médicos que querían empezar a atender partos de forma más natural y me propusieron hacerlo juntos. Esto empezó a concretarse también a partir de que algunas parejas o mamás llegaban a mí y no al obstetra, y decidíamos qué tipo de médico querían. Cuando el vínculo profesional se disolvió en 2002, yo ya había empezado a transitar una etapa de mayor autonomía con respecto a mi función y a la relación partera-obstetra.

Si hoy asisto un parto con un médico al que convoco, su lugar es el de un observador, atento, pero no el del que interviene. Y como la mayoría de estos obstetras están empezando su trayectoria en el área del parto domiciliario, están dispuestos a escuchar y aprender y tienen muchísima disponibilidad.

En este momento de mi vida siento con mucha fuerza que tengo internalizada la conciencia del oficio. Ese rol que creía que debían tener las parteras cuando tuve a mi primer hijo. Y si bien no me siento creadora de un método, sí me atribuyo el haber compilado el aporte de muchas personas, profesionales y disciplinas.

Cuando cumplí sesenta años sentí que empezaba la última etapa de mi vida, en la que quería transmitirles a otros todo lo que había aprendido, bien procesado, para que siguieran adelante a partir de ahí, porque todo esto, obviamente, es el fruto de mucho esfuerzo. De todas formas es un tiempo contradictorio, porque todavía estoy entre el antes y lo nuevo. Me cuesta despegarme de la práctica, de los partos, y ya no quiero tener la intensa actividad de antes.

Siempre me tomé la partería con muchísima responsabilidad. Las parteras tradicionales —las que viven y ejercen en las zonas rurales— suelen decir: “Yo te voy a ayudar hasta donde pueda”. O sea que admiten la posibilidad de la muerte de ese bebé, o incluso de la mamá, como parte del proceso de la vida. Pero soy una partera urbana, y trabajo en una ciudad donde contamos con tecnología, de modo que no puedo admitir la muerte como opción salvo en casos extremos.

Para mí, ir a un parto es jugarme por entero, porque sé que, en algunos sentidos, de lo que haga dependen esa mamá y su bebé. Voy a tratar de defender a esa mujer de las agresio-

nes, del medio, del sistema, incluso del médico, y voy a facilitarle todo lo que esté a mi alcance.

Cuando una embarazada empieza su trabajo, mi renuncia a lo mío es casi total. En una ocasión, no permití que me pusieran un yeso que me obligaba a estar dos días en cama para no defraudar a la gente con la que me había comprometido a estar en sus partos, e incluso dejé de ir al sexto cumpleaños de mi hijo porque ese día una de ellas daba a luz. Postergo todo y no lo vivo como un sacrificio. Ahora soy mayor y sé que debería cuidarme un poco, pero considero que el nuestro es un oficio de servicio y que así debe ser respetado y realizado. Ésa es una de mis convicciones más profundas.

Raquel Schallman, abril de 2007

Capítulo 1

Parir en libertad

La vida: temida y fabulosa

Parir en libertad es recuperar la capacidad de decidir qué queremos hacer y cómo queremos estar cuando nuestro hijo nazca. Es ser nuevamente libres, guiadas sólo por la autodeterminación.

Parir en libertad es hacerlo naturalmente. No hay nada oculto. Es como cuando hablamos de "parto" y tenemos que aclarar que se trata de un proceso fisiológico para que todo el mundo entienda que no hay patologías presentes.

Parir en libertad es lo mismo: respetar nuestros deseos y necesidades más profundos y desconocidos, por descabellados que nos parezcan, y lanzarnos a la aventura de recuperar la libertad.

Las madres dispuestas a esta maravillosa travesía sólo necesitan coraje para tomar decisiones que quizá las hagan cuestionar saberes establecidos. Elegirán dónde tendrán a su bebé, quiénes las acompañarán emocionalmente, y también las personas que las ayudarán para que ese bebé nazca. Revi-

sarán las rutinas establecidas por los protocolos de cada lugar, y decidirán a conciencia, conocedoras de los beneficios y las contraindicaciones de cada uno, qué están dispuestas a permitir que se haga sobre su cuerpo y el de su bebé.

Aunque para mí parir en libertad es actualmente una propuesta concreta de parto alternativo, lo esencial es la recuperación de la autodeterminación.

Y si en ese proceso consciente e informado una mujer decide sin presiones que quiere parir en un hospital y que quiere una analgesia peridural porque no soporta el dolor, o una cesárea porque está agotada de esperar, tengo que respetar esas decisiones.

Y ése también será un parto libre.

Hay otras formas de denominar esto que llamo parto libre. Podría ser "parto alternativo". También se habla a veces de "parto humanizado", porque lo que se intenta hacer es respetar la humanidad de esos dos seres, la mamá y el bebé.

Pero con el tiempo ese término quedó vaciado de sentido. Hay gente que se pregunta: "¿Cómo humanizado?". Deberíamos decir "animalizado", porque lo que buscamos es que aflore la parte más instintiva y animal de la mujer, no su aspecto humano y reflexivo.

Es cierto que quienes estamos en esto buscamos que cada mujer que da a luz se conecte con su aspecto más intuitivo y emocional, porque creemos que así es como mejor sabrá qué le está pidiendo su cuerpo, y también ese bebé que llega.

Por eso elijo hablar de parto libre. Es la ideología desde la cual trabajo: que cada mamá tenga derecho a tenerlo tal como quiera y pueda. Después hay muchas variantes: en el agua, en cuclillas, sentada, en casa. Ésas son formas de parir que surgen en el momento, no se puede planificar un nacimiento en el agua, como tampoco habría que hacerlo pen-

sando que será sobre una camilla horizontal, como sucede en las maternidades casi sistemáticamente. Algunas de esas opciones son snobismos; otras, desviaciones médicas.

Lo que propongo es que cada mujer explore su cuerpo, sus deseos, sus emociones y sus límites, de tal manera que cuando le llegue el momento de dar a luz pueda comunicar qué necesita, y que en ese pedido de ella no haya límites.

Acompañé a mamás que parieron en jacuzzis y fue una fiesta; y también a mujeres que después de hacer un extensísimo trabajo de parto pidieron una cesárea, y a otras que me llamaron cuando tenían el bebé en brazos porque se habían metido en el agua con contracciones y lo habían tenido solas con sus maridos, porque el parto había sido demasiado rápido. Las variables son innumerables. Éstos son sólo algunos ejemplos.

El nacimiento de un hijo responde a una profunda necesidad vital.

Por otra parte, el parto es un hecho absolutamente genital y sexual. Esto debiera hacernos reflexionar: no es una situación médica de enfermedad y riesgo.

Tiene que ver con la vida, el placer, la alegría, la esperanza, las emociones intensas.

Doy por sentado que no hay una sola manera de parir. Los sentimientos, los deseos, son particulares. Cada mujer tendrá sus fantasías de goce y de miedo con su parto.

Acotar este sinfín de posibilidades a la forma convencional en que hoy se pare en las instituciones, o a alguna forma alternativa específica, está muy lejos de darle un espacio de libertad a esa mujer.

Si cada una se animara a preguntarse ¿cómo quiero tener a mi niño?, ¿dónde?, ¿de qué manera?, entonces haría una búsqueda personalísima.

Si sabemos cómo es la ropa o el peinado que queremos llevar, o los alimentos que nos gustan, ¿por qué no avanzar un poquito más e indagar sobre los propios deseos en relación con un momento tan maravilloso y fundacional como es el de conocer al bebé que está dentro de la panza?

Prepararse para ese momento es recorrer un camino diferente: buscar a la gente que pueda acompañar conteniendo, y encontrar el mejor lugar para uno —puede ser la casa propia o alguna otra donde el clima afectivo sea cálido, o la maternidad—.

Prepararse es también trabajar con el propio cuerpo. Buscarse. Descubrir qué es lo que cada cual puede y lo que no. Lo que cada una desearía o no. A qué se anima.

Qué cosas producen miedo, pero desde el cuerpo... y luego, también, desde la palabra.

Prepararse es compartir con otras futuras mamás que están en la misma edad gestacional y sienten lo mismo. Es tomar el dolor y el temor que tenemos, hacerlos conscientes y usarlos para favorecer el proceso. Descubrir estrategias mucho más prácticas, cotidianas, simples y cercanas para lidiar con ese dolor que una anestesia peridural. Como bien lo dice el nombre, "anestesia", y no sólo el dolor sino también el placer.

Podríamos preguntarnos si tanto temor al dolor no podría ser también un gran miedo al placer. Algunas mujeres descubren que la posibilidad de elección es infinitamente más amplia de lo que habían imaginado.

Resulta que pueden tener el parto en casa, después de haber hecho todos los controles médicos, con un alto grado de seguridad, con todo un equipo obstétrico —o mejor aún, con un pequeño equipo obstétrico— dispuesto a tomarse el tiempo necesario para que el bebé llegue cuando él y su mamá lo decidan.

Que no los apure con drogas; que no rompa artificialmente la preciosa bolsa de las aguas que también cumple una función vital al proteger la cabecita del niño; permitiendo que la mamá se sumerja en el agua caliente si lo desea, lo cual es verdadera y naturalmente analgésico (y no anestésico), y que, si tiene ganas, también pueda quedarse allí.

O bien sentirse segura en el interior de una institución, pero después de haber acordado qué es para ella lo más importante.

El parto es una instancia verdaderamente milagrosa. Del cuerpo de una mujer va a emerger otro ser humano, pequeño y capaz de funcionar con autonomía, que requiere un montón de cuidados, pero cuidados amorosos: piel materna, brazos cálidos.

La temperatura ideal de una cuna térmica es la misma que tiene la madre en su cuerpo, pero *sin* el afecto, los latidos, los ruidos y el olor de esa mamá.

Este recién nacido que necesita conservar el calor y poder respirar se va a tomar su tiempo para encarar la vida. Démoselo. No cortar el cordón de inmediato le permite oxigenarse mientras tose, estornuda y despide las secreciones que tiene en las vías respiratorias.

Participar de un nacimiento no "intervenido" es una experiencia única. Es estar junto a mamás no preocupadas por si "hacen las cosas bien o mal", sino entregadas a este proceso fantástico. Con dolor, sí. Pero disfrutando totalmente del absoluto protagonismo femenino.

Suelo decirles a las embarazadas que participan en mis grupos que están atravesando una experiencia irrepetible en la cual ellas son las estrellas. Que cada una lo va a hacer de acuerdo con su historia y sus posibilidades. Y de verdad lo hacen. Algunas se expresan con risa y otras con llanto. Algu-

nas caminan y otras se quedan quietas. Hay quienes lamen a sus hijos cuando nacen, como una hembra animal, ¿y acaso no lo somos?

Los caminos del dar a luz son casi infinitos, y la propuesta del parto libre es descubrirlos y utilizarlos. Cada embarazada es el centro de esta situación. Y los profesionales de la obstetricia que estamos alrededor debemos tener un solo objetivo: acompañarla, cuidarla, y fundamentalmente respetar sus deseos y decisiones, siempre que éstos no la dañen. A animarse, pues, a recobrar este espacio propio, tal vez el más importante y trascendente de la vida, eligiendo con libertad.

Como dijo alguna vez una mamá sobre el instante preciso en que parió: "En ese momento lo supe todo. No sé bien qué, pero sé que supe todo".

Un parto en libertad nos instala en una crisis vital maravillosa y nos asoma al abismo del ser, a las miles de propuestas de la vida, que es temida y también fabulosa.

Recuperando la magia

Para que se produzcan un parto y un nacimiento, lo único imprescindible es que haya una mujer embarazada y a punto de dar a luz. Así fue en el comienzo de la humanidad, cuando las mujeres parían solas porque no existían los grupos ni la compañía de otras mujeres, y así sigue siendo hoy. Me refiero a las condiciones básicas y esenciales. Hay quienes piensan que en el humano, éste ha sido siempre un proceso acompañado. Esto sucede, de hecho, también entre algunos primates.

Ahora bien, en el mundo tal como lo conocemos y vivimos actualmente en el ámbito urbano, disponemos de mu-

chas posibilidades. Entonces agrego: en segundo lugar sería bueno que hubiera una partera, también mujer, para acompañar a esta embarazada. Que pudiera acompañarla, sostenerla, "maternarla", y estar atenta a su proceso.

En tercer lugar, sería beneficioso que el marido participara, siempre y cuando su presencia no perturbara. Michel Odent dice que si los varones van a colaborar para que esta mujer se sienta bien en su proceso son bienvenidos, pero que si su presencia pudiera obstaculizar de alguna manera ese parto, sería mejor que esperaran afuera.¹

Y en cuarto lugar, creo que el médico debiera estar por si apareciera una patología. No necesariamente en el lugar, pero sí disponible en un sitio cercano para que pudiera llegar si hiciera falta.

Una condición esencial para que el parto sea un acto de libertad es el marco emocional que tiene la mujer.

Si llega a la sala de partos de una institución que le resulta completamente ajena y fría, pero está acompañada por su compañero, y contenida profesional y emocionalmente por el equipo obstétrico con el que ella ya estableció un vínculo, la energía que va a haber alrededor de ese nacimiento y la tranquilidad de esa embarazada van a ser muy superiores a las que tendría si estuviera en medio de desconocidos y sola.

Hace ya muchos años que la Organización Mundial de la Salud señala que la gestante debería estar acompañada durante el parto,² pero lamentablemente no todas las clínicas ni hospitales lo permiten, y si lo hacen suele ser en el momento de la expulsión del bebé.

Mientras tanto, la parturienta atravesó todo el proceso sola, generalmente a través de muchas horas, y esta situación la pone en una situación de extrema vulnerabilidad. Se sien-

te abandonada. Y esto suele tener un precio sobre las características de ese evento.

Por lo que escucho hablando con obstétricas y obstetras que trabajan en hospitales, algunos de ellos querrían que estos procesos fueran menos intervenidos y con un grado mayor de libertad y contención para la mujer, pero no saben cómo concretarlo.

Por un lado hay un sistema institucionalizado que debería revertirse y que les impide un seguimiento más personalizado y, por otro, la gente que trabaja en instituciones carece del aprendizaje vivencial del contacto, el vínculo, la mirada, la escucha.

Para que el parto sea natural y sano no hace falta mucho. Lo más importante es que todos los que intervenimos, y fundamentalmente las parteras, recobremos la magia y la sabiduría del rol.

Esto no significa despreciar los avances médicos y tecnológicos, sino usarlos a nuestro favor, para facilitar el parto, haciéndolo no sólo libre sino también seguro.

Una vez vi parir por televisión a una elefanta y fue conmovedor, porque esta hembra, que estaba en la última etapa de su trabajo, manifestaba algo que las parteras que acompañamos a una mujer en un parto libre vemos todo el tiempo: la incomodidad corporal, el sentir que algo se termina, que no hay posición para ese momento.

Y ver a este animal tan grande haciendo eso, fue impactante. Se acostaba, se ponía de pie, se frotaba incorporada a medias contra un árbol, se volvía a acostar, se sentaba, iba y venía. De pronto, se rompió la bolsa y empezó a pujar, y cuando nació la cría ella lanzó un alarido que es el grito primal del que hablan tantos autores.

Las mujeres para parir también necesitan este grito, y se

observa todo el tiempo cuando paren en sus casas o en instituciones donde se sienten contenidas y libres.

Cuando se condiciona a la parturienta para que hable poco o no hable, para que jadee de determinada manera, para que puge en cierto momento; cuando se la saca de su ámbito familiar relajado y tranquilo y se la lleva a la institución, ya se está interfiriendo y alterando el trabajo de parto. No se le permite que ingrese en esa zona del inconsciente, del cerebro troncal, donde no funcionan las consignas racionales, y donde ella puede "perderse" en medio del dolor de las contracciones.

En la medida en que no se le diga qué hacer, las reacciones de su cuerpo van a ser fisiológicas, normales, naturales. Y ella tendrá un parto mucho más fluido. A la vez, las parteras deberíamos reflexionar sobre nuestro oficio, darnos cuenta de que lo nuestro es acompañar a las mujeres, facilitarles ese "irse a otro planeta", no interferir en su proceso y estar disponibles para poner el cuerpo y la emoción cuando ellas lo necesiten.

Si entendiéramos esto, la fisiología de ese parto iría por carriles mucho más naturales y tendríamos un índice de patología mucho menor. Y también deberíamos animarnos nosotras a soltar un poco el control. De la misma manera que esa embarazada que cierra los ojos pierde el registro de lo que pasa a su alrededor porque está confiada en quienes la acompañan en el parto, las parteras deberíamos relajarnos y confiar más. Confiar en nuestro instinto, nuestros saberes, y en el devenir de la naturaleza del cuerpo de las mujeres para parir.

El respeto y la confianza de los acompañantes

Para tener un parto en libertad lo más importante no son las condiciones externas sino la disponibilidad de una mujer, y su pareja, de preguntarse qué quieren y cómo lo quieren, y aprender a pedirlo.

Paren en libertad las mujeres que se dan cuenta de que un parto no debe ser necesariamente como lo enseñan los profesionales del sistema médico; de que tienen autonomía para tomar decisiones, derecho a estar informadas para argumentarlas, y libertad para exigir cómo y por quién quieren ser acompañadas.

También las que se hacen cargo del rol de embarazadas y futuras mamás, que se cuidan y buscan proteger al hijo.

Para que una mujer pueda cumplir con su deseo serán fundamentales los vínculos que la pareja haya establecido a lo largo del embarazo con el equipo obstétrico, y a su vez el vínculo que exista entre los miembros del mismo.

En el primer caso, tenemos que haber logrado establecer entre los futuros papás y nosotros un fuerte lazo de confianza que les permita a ellos relajarse. Que aun estando informados acerca del desarrollo del parto, y siendo consultados sobre las decisiones que puedan tomar, estén tranquilos acerca de nuestras observaciones y sugerencias médicas; que sepan que si les indicamos una episiotomía o una cesárea va a ser porque agotamos toda posibilidad de no pasar por estas instancias.

En el segundo caso, dentro del equipo obstétrico —fundamentalmente obstétrica y obstetra—, debería existir una relación lo más transparente posible.

Que podamos decirnos: "Estamos ante esta situación. Tenemos estas opciones. ¿Qué hacemos?". Y que la decisión

se tome con el mayor criterio de respeto posible por la mirada del otro.

Un vínculo que habilite una comunicación entre nosotros por la cual podamos llamar al obstetra y decirle: "Estoy preocupada por esta mujer. La veo mal porque se acerca su fecha y el marido está completamente ajeno al tema", por ejemplo.

Y que el médico tome en cuenta muy seriamente esta observación. Porque esta pequeñez de los problemas conyugales va a afectar seguramente el desarrollo del parto.

Para que el equipo obstétrico funcione adecuadamente es imprescindible que parteras y médicos reconozcamos nuestros respectivos roles. Que se establezca entre nosotros una relación horizontal en la toma de decisiones, pero donde los límites del oficio de cada uno estén a la vez claramente definidos. Juntos debemos saber contener a cada mujer, ayudarla a encontrar su deseo y respetarlo.

Pero va a ser la comadrona quien estará con la mujer la mayor parte del trabajo de parto y quien tendrá la mayor responsabilidad en todo lo que concierne a la fisiología de un parto normal: el estar, acompañar, e intervenir lo menos posible. Y el obstetra se ocupará solamente en caso de que ésta se altere.

También debemos ser muy conscientes como profesionales de lo que nos pasa a nosotros frente a cada parto. A todos nos afecta de alguna manera. A algunos más y a otros menos, pero siempre hay sentimientos que "interfieren" con nuestra función.

Nuestra tarea principal es no negarlos, sino reconocerlos y aceptarlos, y ser conscientes de que vamos a estar acompañando a cada futura mamá desde esas limitaciones nuestras, y que pondremos, de todas maneras, nuestra máxima capacidad para que no afecten su proceso.

Nuestra responsabilidad es, entre otras cosas, no olvidar que lo más importante de un parto es el aspecto vivencial. Respetar la individualidad de cada uno, flexibilizarnos ante cada caso, y estar atentos a lo que nos pasa y a cómo nos resuena cada cosa que sucede.

A veces, es fundamental saber cuál es el momento exacto de decir una frase, de usar un tono de voz determinado... El grado de sensibilidad de las parturientas es extremo, y cualquier observación, murmullo o comentario nuestro puede ser para ella fatal o hacer que se relaje y pueda avanzar en su trabajo.

En una oportunidad atendí a una mujer que había tenido su primer hijo en una institución, con un equipo de su seguro médico, y mientras la llevaban a una cesárea, como ella estaba muy asustada y nerviosa, le dijeron: "Sos una histérica". Literalmente le arruinaron la experiencia y la dejaron tan marcada que para su segundo embarazo no podía dejar de pensar si verdaderamente sus reacciones eran "tan locas", además de que tenía que luchar con la tremenda sensación de "no pude" —o sea: "probablemente volveré a no poder"—. Si le hubieran dicho: "Es lógico y esperable estar asustada" le hubieran transformado completamente su historia.

Una experiencia opuesta es la de una mamá que parió a su segundo hijo vaginalmente, habiendo tenido antes una cesárea. En medio de la noche de su parto vio en una ventana empañada que habían escrito "¡vamos Paula todavía!", y eso para ella fue un faro en medio de la extrañeza de la sala de partos.

Creo que los especialistas que trabajan con embarazadas no se dan cuenta de lo entregadas que están las mujeres en el momento de parir. Más allá de lo que les digan su cuerpo o sus emociones, no les queda otra opción que confiar en los

profesionales que las atienden. Si fuéramos conscientes de esta entrega, y nos diéramos cuenta de los beneficios que a las mujeres les generaría estar acompañadas por quienes pudieran ubicarse en el rol de contención, distensión y amparo que les corresponde, habría muchas menos mamás y bebés maltratados.

Los deseos

El deseo es un tema fundamental. El de cada miembro de la pareja y el de cada integrante del equipo. Los asistentes tenemos que aprender a postergar el nuestro y, fundamentalmente, a decodificar muy bien el de las mujeres. Si un obstetra me dice: "Me vino a ver una embarazada que quiere parir en un sanatorio y que le apliquen una anestesia", entonces con eso ya tengo un dato. Lo que haré es trabajar con ella para ver si de verdad es ése su deseo profundo y, si es así, aunque no sea el mío, tendré que buscar alternativas para que pueda vivir esa situación de la mejor manera posible para ella, aunque a mí me frustre. Algunas veces lo manifiesto es la máscara de un miedo terrible. Entonces, si ella puede decir en algún momento, antes del parto: "En verdad no quiero ir a un sanatorio, lo que pasa es que tengo mucho temor", probablemente pueda avanzar en otra dirección y encontrar su camino verdadero.

Una embarazada con pocos meses de gestación me dijo aterrorizada: "No solamente quiero una cesárea, sino también que me lleven dormida al sanatorio". Trabajó mucho en un grupo que la contuvo, con la técnica del Abordaje Corporal-Emotivo, y finalmente eligió un parto en su casa, y fue rápido, fácil y extremadamente placentero.

También existe la posibilidad de que las mujeres realmente quieran parir en la clínica. Pero el miedo es tan fuerte que hay mujeres que no están dispuestas a atravesarlo. A veces no quieren ni siquiera inspeccionar en su interior para averiguar qué es eso que las asusta tanto, y tenemos que respetarlo. Cada uno de nosotros —las parturientas y quienes las acompañamos— tenemos límites. Reconocerlos y saber hasta dónde podemos llegar es lo que nos va a permitir encontrar la libertad.

Mixtura

La propuesta de un parto libre no significa que pueda prescindirse de información y estudios médicos de las mujeres durante sus embarazos.

Debemos conocerlas y tratarlas, porque habrá un porcentaje de ellas que probablemente tendrá partos con alteraciones, y de este modo se pueden evitar riesgos. Pero es fundamental tener acceso a las emociones de las futuras mamás y sus parejas, y para eso es necesario un trabajo con las embarazadas que apunte a su integración.

Las personas somos mucho más que seres psicossomáticos.

A mí me gusta usar la palabra "mixtura" para definir todas las dimensiones que nos componen: la psiquis, el cuerpo, lo espiritual, posible de percibir pero difícil de mensurar, y una influencia cósmica sobre la que tampoco sabemos demasiado.

Estos últimos aspectos me son difíciles de transmitir, pero creo que lo espiritual tiene que ver con algo relacionado con la esencia de la persona y que resulta difícil

constatar, mientras que lo cósmico es lo que viene de afuera, lo astral que nos determina.

Creo que básicamente somos o venimos de estas cuatro vertientes, y todas ellas van a confluir en el momento del parto. Y todo esto no está recortado en pedazos en nosotros, sino que somos como una masa donde se mezcla todo sin que se puedan separar los ingredientes. Por eso pienso que la única manera de abordar integralmente a una embarazada es a través del trabajo previo con ella desde sus aspectos corporales y emotivos.

En los cuatro o cinco meses en los que trabajo con las futuras mamás, ellas hacen procesos muy personales que las llevan a lugares completamente diferentes de donde estaban al comienzo. Alguna consigue vencer algún miedo, otra hacerse cargo de que los tiene, o darse la libertad que necesitaba para tener un buen parto, alguien quizá se permite decir que quiere una cesárea. Hay millones de posibilidades.

Y las parteras tenemos que ayudar a las mujeres a que se vean a sí mismas y a la vez poder verlas como una integridad y no sólo como un mecanismo fisiológico.

Intimidad y encuentro

Un aspecto fundamental que facilita un buen parto, y crea las condiciones para el ejercicio de la libertad, es la intimidad. Los animales buscan la mayor posible. Los ratones que andan de noche, paren de día. Los caballos que andan de día, paren de noche. Los gatos y los perros buscan un rinconcito oscuro. Y las personas tendríamos nuestros partos facilitados si se nos garantizaran la posibilidad de elegir el propio sitio.

Si revisamos la manera como nuestra sociedad obliga a parir a la hembra humana, veremos que es terrible. Se la ubica en el centro de un escenario, sobre una tarima, obnubilada con luces intensas, sus genitales exhibidos, se le inmovilizan las piernas, se le dan órdenes y se la silencia. ¿Cómo todo esto no va a generar más patologías?

El parto es un hecho genital y absolutamente sexual. A la parturienta, a su compañero, y a los que estamos presentes, se nos movilizan situaciones de nuestra propia sexualidad, y también nuestras emociones.

Para las mujeres es imprescindible la intimidad. Deberían poder parir en espacios con poca luz, pequeños. Cuando lo hacen en sus casas, en el momento de la expulsión suelen elegir un lugar muy pequeño: el baño, un rincón del dormitorio.

Cierta vez, una embarazada que había decidido parir en mi casa estaba prolongando muchísimo el final. Estaba sentada en el banquito de partos,³ con su marido al lado, y frente a ella, observándola, el obstetra, la neonatóloga y yo. En un momento le dije: "Bueno, tendrías que ir decidiéndote a dejarlo nacer". Entonces se levantó y le pidió a su marido que la acompañara al baño. A los diez minutos salió pujando. ¿Qué había pasado? Era evidente que necesitaba esa pequeña intimidad con su marido. Sin darnos cuenta, nosotros estábamos actuando como observadores impacientes de un acto privadísimo.

La intimidad puede existir o no, más allá de que el parto ocurra en una casa o en una institución. Pero en esta última es mucho más difícil porque el ambiente es intimidatorio y público: hay gente que circula por la sala, las luces son fuertes, el lugar desconocido, y hay un instrumental técnico visible y quizá amenazante para la parturienta.

Las puertas de las salas de partos permanecen abiertas. Todo aquel que pasa tiene acceso visual a lo que ocurre allí. En los hospitales, durante el día, hay cantidad de estudiantes observando, hablando, entrando y saliendo.

Por lo general, cuando tiene lugar en una institución, y cuanto más precoz es la internación, menos privacidad hay. Y cuanto menos intimidad, más se altera el proceso fisiológico.

La adrenalina que se produce al estar en un lugar extraño, con ruidos no habituales, con movimiento, frena la producción de oxitocina,⁴ y por lo tanto el trabajo de parto. En estos sitios, todos se sienten "dueños" de lo que está sucediendo menos la parturienta. Desde la empleada que recibe a la pareja y dice: "Espere..., ¿no ve que estoy con otra persona? Ya la voy a atender", hasta el que les indica: "Vayan subiendo". El personal administrativo nos da órdenes a los padres y a los profesionales.

Las experiencias en los partos domiciliarios son completamente diferentes. La casa de una pareja tiene su forma, su olor, su desorden, incluso sus bacterias. El parto quizá tenga mucho que ver con la forma en que ellos transcurren sus días ahí, y es probable que tenga muchas menos interrupciones y complicaciones.

Uno podría pensar que para tener un parto en libertad es condición tener un embarazo sin conflictos y relajado. No es así. Asistí a mamás que trabajaban, que estudiaban, y con conflictos emocionales de todo tipo, cuyos partos fueron excelentes.

Ésta no es una propuesta "alternativa", que necesite atención, concentración, ni cumplir una serie de premisas por parte de las parturientas, sino que es lo fisiológico, lo natural, lo que debiera ser; lo que sale en ese momento. Poder comportarse como venga en gana.

Por eso, si algún bebé nació en el agua, no fue programado, sino porque la parturienta ya estaba allí para aliviar sus contracciones y no quiso salir de la tina. Lo que sí se requiere es un proceso previo de "darse cuenta".

Una mujer que prefiere ir a un médico y decirle de alguna manera: "Le entrego mi cuerpo, haga lo que quiera", y para quien una peridural o una cesárea son maravillosas porque no está dispuesta a atravesar la crisis vital que implica esta instancia (aunque de todas formas acabe haciéndolo, porque es muy difícil tapar un proceso de semejantes dimensiones), es muy probable que no quiera ni siquiera saber sobre un parto en libertad.

Cuando hablo con las embarazadas sobre esta posibilidad, les digo que no garantizo que sea por vía baja, ni sin problemas, ni feliz. Lo único que puedo asegurarles es que las voy a acompañar en la aventura que emprendan. Y que lo que ellas incorporen en ese proceso, les van a servir para toda la vida.

De la negación de la evidencia científica al parto en libertad

Proponerle a una embarazada o a una pareja acompañarlos en esta experiencia no es simplemente un enunciado. Los profesionales que nos comprometemos en estas propuestas tenemos que trabajar con nuestros aspectos emocionales para darle la mejor respuesta a las expectativas de cada mujer.

Es necesario desandar buena parte del camino transitado en la universidad y en las instituciones médicas, y estar abiertos a la evidencia científica acerca de los beneficios de

los partos naturales y domiciliarios y, fundamentalmente, estar dispuestos a revisar constantemente nuestras actitudes, sensaciones y emociones, hacerlas presentes en nuestra conciencia y lograr que este reconocimiento nos libere primero a nosotros para poder ofrecernos a otros con generosidad.

En la Argentina, dentro del área de la obstetricia, podemos encontrar cuatro tipos de profesionales.

El primero está representado por una gran masa, que es la que ocupa prácticamente todos los puestos institucionales, que trabaja de acuerdo con las prácticas aprendidas en la universidad o incorpora nuevas técnicas propuestas por la medicina convencional, pero que repite desde hace décadas las premisas del parto medicalizado. Como sus representantes suelen llegar a ser jefes de área en hospitales y clínicas, y profesores de las universidades, queda garantizado que la forma que ellos proponen de parir será la más aceptada por sus colegas y por las parturientas, y la que recibirá mayor difusión en los congresos científicos y en los medios de comunicación.

Un segundo grupo, mucho más reducido aunque en aumento, está constituido por profesionales de Buenos Aires, que tienen una mirada más abierta y receptiva frente a la evidencia científica. Se hacen preguntas e investigan. Muchos trabajan dentro de instituciones, hablan de parto humanizado, y son más respetuosos de los ritmos naturales de la parturienta y su bebé. Desconozco hasta dónde profundizan sus inquietudes, pero al menos empiezan a tenerlas e intentan ejercer su oficio de una forma menos autoritaria, intrusiva y agresiva.

En el tercer grupo están, digamos, los *outsiders* del sistema. Ellos tampoco son receptivos a la evidencia científica, pero a diferencia de los que trabajan dentro de las instituciones, no se guían por las normas del parto medicalizado sino

por teorías y premisas propias que han ido armando y que, por lo general, tienen poco asidero científico. No son muchos, y es lamentable que cuando se habla de parto natural o humanizado habitualmente se los cite, porque ejercen el oficio desde un lugar místico o esotérico, desvirtuando una propuesta que también debe ser segura. Uno de ellos fue un médico clínico que instaló un espacio en Trujuy, Moreno, al cual llamó El Nido, donde los bebés eran recibidos por los papás y él se limitaba a filmar los partos pero no intervenía ni aunque hubiera una patología. Si bien su propuesta fue pionera, era muy experimental y riesgosa. Él tenía una ideología naturista llevada al extremo, y mixturada con lo mágico, lo místico y lo espiritual. Decía que cuando el niño nacía, un alma encarnaba en él; si moría en el parto algún motivo había por el cual no debía encarnar. Esa filosofía es bastante distante de nuestra cultura urbana. Y aunque en su clínica parieron muchas mujeres, hubo casos que terminaron muy mal —con daños severos y muertes de la madre y sus bebés— y la clínica fue cerrada.

El Nido fue motivo de una edición especial de un conocido programa de investigación periodística que tergiversó el espíritu del parto natural, al tratar casos de muertes de niños que si bien habían nacido allí, habían fallecido semanas y aun meses después. Y no se analizó específicamente la cuestión de los nacimientos.

Un tema vinculado a ese sitio que es de particular importancia para las parteras es que él no trabajaba con comadronas profesionales sino con mujeres que habían tenido a sus niños allí, y que poco a poco habían empezado a acompañar a otras mujeres, pero no tenían ninguna formación obstétrica.

Desde que El Nido cerró, esas mujeres se ofrecen para “estar” en partos domiciliarios, cobrando honorarios y sin

ninguna seguridad para madres ni bebés porque no tienen formación ni experiencia, exceptuando el acompañamiento. Y además, sin hacerse cargo de nada. Porque si pasa algo, ellas pueden decir “sólo soy una vecina que vine a acompañar”. Ésta es una seria preocupación para nosotras —las que tenemos formación académica— porque la gente cree que estas mujeres tienen conocimientos obstétricos (de hecho, es habitual escuchar a parejas que, refiriéndose a ellas dicen: “estuvimos con una partera”), y a la vez, ellas no están haciendo “ejercicio ilegal de la medicina” porque no se presentan como profesionales. Otros *outsiders* son algunos pediatras que controlan los embarazos con técnicas no convencionales.⁵ Se ocupan de partos domiciliarios pero no siempre están presentes. Y si hay que trasladarse a una clínica porque aparece un problema, no van. Vale aclarar también que, aunque quisieran, no podrían hacerlo porque no tienen título de obstetra.

Finalmente, está el grupo al cual pertenezco. Somos pocos y todos tenemos nuestras particularidades. Algunos saben más que otros, otros se animan más y otros empezaron antes. La mayoría venimos de la práctica institucional, de la que nos retiramos después de haber comprobado que se nos hacía muy difícil trabajar libremente dentro de la estructura y la jerarquía de una institución.

Pero todos coincidimos en el reconocimiento de la evidencia científica, en que hemos tenido que experimentar nuestra propia libertad para proponerles libertad a las mujeres, y en haber aprendido el respeto a la necesidad del otro aun a costa nuestra.

Ninguno de estos aprendizajes es fácil. Requiere desprendimiento, autorreflexión y capacidad de autocritica. Y aunque siempre queda camino por recorrer, creo que hemos

avanzado. A veces me preguntan cómo me definiría como partera. Suelo decir que soy una "partera alternativa", ya que estoy fuera de lo convencional aquí y ahora, aunque las premisas por las que me rijo deberían ser la norma en el sistema médico, y no la excepción: el respeto al proceso fisiológico natural del parto, a las necesidades de las mujeres, y la decisión de pedir ayuda en caso de que aparezca una situación de riesgo.

El lugar de la libertad y la seguridad

Luego de más de veintidós años de atender partos domiciliarios, considero que ésta es una experiencia vital de enorme trascendencia. En muchos sentidos, creo que la casa de la parturienta es el lugar más seguro para el parto, tanto para la mamá como para el bebé. Teniendo en cuenta el poco respeto que tienen por ellos las instituciones, y el maltrato que habitualmente reciben allí, el hogar brinda las condiciones opuestas por la contención, el cuidado, la intimidad, la tranquilidad y la libertad que tiene la gestante, y por el vínculo inmediato y sin restricciones que establece con su bebé. Pero cuando una pareja viene a verme por primera vez, les digo que estaré con ellos donde decidan parir y no solamente si es en casa.

A lo largo del Abordaje Corporal-Emotivo con las mujeres, y de los encuentros de parejas después, ellos se van enterando de los beneficios del parto domiciliario, y eligen lo que quieren hacer. Parir en casa no es sólo elegir un lugar físico, sino que tiene un enorme significado emocional. Una pareja que hace esta elección va a transitar una experiencia que la marcará profundamente. La casa es el propio nido:

olores, colores y ruidos forman parte de lo propio, de lo cotidiano, de lo tranquilizador, del lugar de uno. Probablemente la concepción haya sucedido allí. Si el nacimiento también ocurre allí, sentirán que no interrumpieron nada.

Las madres que han tenido una experiencia en la institución y otra en la casa se sorprenden al poder decir: "No salimos de aquí, no volvimos de ninguna parte". La seguridad que da el hecho de que todo lo que se usa o toca es lo cotidiano, y que en los días posteriores estará cargado de maravillosos recuerdos, deja instaladas sensaciones inigualables. Desde que empieza el trabajo de parto, la mujer estará acompañada por su marido, su amiga, su hermana, su madre o quien ella elija. Nadie podrá impedirle tener a sus seres queridos con ella. Podrá moverse libremente todo el tiempo que quiera y como quiera: cambiar de posición en la cama, salir a caminar, darse un baño, relajarse, charlar, comer. Estar sentada en un sillón o en el piso. Las posibilidades son infinitas. Puede quedarse sola, o con su esposo, y pedir que nosotros nos vayamos a otra habitación en cualquier momento. Y cuando esté en la parte final, y empiece a pujar, va a estar libre en la habitación que haya elegido y en la posición más cómoda para ella. Gritará, llorará, se enojará, reirá. No habrá restricciones: estará en su hogar.

Inmediatamente después de que el bebé nazca, quien lo reciba —su compañero, el obstetra o yo— lo pondrá sobre su pecho. Nadie se lo llevará para bañarlo, medirlo ni pesarlo. En muchos nacimientos de este tipo también está presente un neonatólogo, quien se encarga de hacer los controles del bebé en el mismo lugar, sin separarlo de su mamá, sin apuro ni rutinas intrusivas.

Trato de no "levantar la bandera" del parto domiciliario, pero creo que sin duda la parturienta está allí mucho más

tranquila. Tiene menos estrés y, por lo tanto, todo su sistema defensivo funciona mejor y también tolera mejor el dolor. El hogar es fundamentalmente un espacio de libertad pero no es sólo eso: es también un lugar en algunos aspectos más seguro que las instituciones. Ahí ni las mamás ni los recién nacidos serán sometidos a ninguna rutina.⁶ Si bien es cierto que si van con su propio equipo obstétrico a una clínica también tienen la garantía de que no se les hará nada que ellas no hayan acordado, las presiones y restricciones de esos lugares a veces son muy fuertes y condicionan o entorpecen nuestro trabajo. Podemos tener a un supervisor tratando de controlar lo que hacemos, temeroso, inquieto, y dando vueltas por la sala de partos. Pero además será inevitable la falta de intimidad y la frialdad propia de las instituciones médicas. La madre tendrá que parir en la camilla. Podrá hacerlo en cuclillas, parada o acostada, pero está prohibido que se quede en el piso y tenga allí su parto, o en cualquier otro lugar (la habitación, por ejemplo).

Suele decirse que las viviendas particulares son menos seguras porque son menos limpias. Esto no es cierto. Las instituciones médicas están llenas de gérmenes ya que por allí transitan decenas, centenas, de personas diariamente. Las sábanas, los objetos que usa cada internada, han sido utilizados infinidad de veces, y aunque algunos de esos elementos son esterilizados, muchos otros no lo son. La mayoría no son sólo maternidades, y aunque lo fueran, hay muchos más microbios dando vueltas ahí que en una casa donde lo único que hay es lo que siempre hubo: los que conviven a diario con esos padres y que son propios de un hogar y de ellos mismos. Y si hasta entonces no se enfermaron, no tiene por qué pasarles nada en el momento del parto, ni a ellos ni al bebé. La higiene o la asepsia no son de ninguna manera argumen-

tos relevantes para optar por un hospital o un sanatorio. Es más, en todos los congresos médicos se trata el tema, cada vez más complicado, de la "infección intrahospitalaria".

Cuando en 1983 una colega, Marta García, me dijo que ella estaba atendiendo partos domiciliarios, esa posibilidad para mí era remotísima, inexistente. No hay que olvidar que vengo de una formación en la Escuela de Obstetricia dependiente de la Universidad de Buenos Aires. Fue la primera vez que vislumbré eso como una lejanísima posibilidad. Empecé a atender partos domiciliarios sin que ése fuera el objetivo, sólo pensando en el respeto hacia la parturienta.

Al principio ir a las casas fue un lento proceso que llevó casi una década. Cuando el obstetra con quien compartía la tarea y yo empezamos a trabajar, poníamos muchísimas condiciones y había partos que rechazábamos porque no nos sentíamos seguros: no a las primerizas, porque son una caja de sorpresas, hasta que vino una y dijo: "Yo voy a tener mi parto en casa con ustedes o sin ustedes", y tuvo un parto excelente. No a los segundos partos después de una cesárea, hasta que vino una mujer y dijo: "Pero mi cesárea fue hace diez años", entonces aceptamos. Y poco a poco fuimos haciendo camino y animándonos a más.

Actualmente sigo poniendo algunas condiciones, pero cada vez menos. Una de ellas es que los futuros papás tengan previsto dónde se van a internar por si hiciera falta.

Una embarazada me dijo una vez "Yo quiero parir en casa y vas a ver que voy a hacerlo", y le contesté "Estoy de acuerdo, pero primero tienen que resolver cuál va a ser el sanatorio. Después no pienses más en eso. Tengan el parto en casa. Pero necesitamos saber que hay un lugar de internación disponible porque en la urgencia es complicado ponerse a

pensar a dónde iremos". Una cosa es la intimidad del hogar, la tranquilidad, el cuidado y el respeto, y otra muy distinta es el abandono y el riesgo.

Cuando empecé, llevaba sólo una cajita con instrumental, que contenía dos pinzas para el cordón umbilical, un portaagujas y una tijera. En verdad, eso es todo lo que se necesita. Pero a medida que van pasando los años voy agregando más cosas, "por si acaso". Lo cierto es que las uso muy poco, pero hubo oportunidades en las que alguno de esos elementos permitió que el proceso fuera menos riesgoso mientras se resolvía la situación en el lugar o nos trasladábamos a la clínica. Hay una pequeña cantidad de drogas que periódicamente repongo porque llega su fecha de vencimiento sin que las haya usado. Pero si un día necesito un útero-inhibidor inyectable para parar las contracciones y que el bebé deje de alterar sus latidos, se recupere y nazca un rato después por vía baja, pues bien, ese día lo encontraré en mi maletín. También incorporé un pequeño tubo de oxígeno que hasta ahora nunca he usado, pero que algún día puede evitarles a los papás tener que trasladar de urgencia al recién nacido a una terapia neonatal.

Los miedos que despierta el parto en casa

¿Hay riesgos en un parto en casa? Ésta es la gran pregunta que se hacen los padres y el cuestionamiento que nos hace el sistema médico a quienes los atendemos.

Siempre hay riesgos, en todas partes. La pregunta sería si hay *más* riesgos en un parto en casa que en uno institucional. No, al contrario. Y esto está avalado por la evidencia científica.

Mardsen Wagner⁷ señala:

Desgraciadamente, muchos obstetras continúan citando historias de horror anecdóticas y guiones no científicos sobre qué pasaría si, por ejemplo, ocurre un parto fuera del hospital. Puesto que la mayoría de los médicos no ha asistido nunca a un parto extrahospitalario, sus preguntas de "¿qué pasaría si?" contienen varias afirmaciones falsas. La primera idea asumida es que en el parto las cosas suceden rápidamente. De hecho, con muy pocas excepciones, las cosas ocurren despacio durante la dilatación y el parto, y las emergencias donde los segundos cuentan son raras en extremo y, como veremos más adelante, a menudo en estos casos la comadrona en la casa de partos o en el hogar puede hacerse cargo de la emergencia. La segunda afirmación falsa es que cuando surgen los problemas no hay nada que una comadrona fuera del hospital pueda hacer. Esto sólo puede ser expresado por alguien que nunca ha observado a las comadronas en partos extrahospitalarios. Una comadrona bien entrenada puede anticipar los problemas y a menudo prevenir que sucedan puesto que está proporcionando un constante cuidado de persona a persona a la mujer parturienta; no como en los hospitales, donde lo habitual es que las enfermeras o comadronas sólo pueden echar un ojo de manera ocasional a las diversas mujeres en trabajo de parto de las que son responsables. Si surgen problemas, con pocas excepciones, la comadrona fuera del hospital puede hacer todo lo que puede hacerse en el hospital, incluso dar oxígeno, etcétera. La tercera afirmación falsa es que en el hospital se puede actuar más rápido. La verdad es que incluso en la atención más privada, el médico de la mujer ni siquiera se encuentra en el hospital la mayor parte del tiempo durante la dilatación y tiene que ser avisado por la enfermera cuando surgen los problemas.

El tiempo que emplea en trasladarse al hospital es el mismo que le costaría llegar a una mujer que está pariendo en casa o en una casa de partos. Incluso en el caso de indicarse una cesárea, se necesitan unos veinte minutos promedio para preparar la operación en el hospital, localizar al anestesista, etc. Y durante estos veinte minutos, tanto el médico como la mujer en la casa de partos o en su hogar están camino al hospital.

[...] Otra táctica común de los obstetras para asustar a la gente consiste en afirmar que todos los partos extrahospitalarios trasladados al hospital son como el descarrilamiento de un tren.

La respuesta a esta crítica es "por supuesto". Una comadrona competente sólo llevará al hospital esos casos en los que existe un serio problema que requiere intervención quirúrgica, no disponible en el hogar. Por tanto, para los obstetras que nunca han presenciado un parto en casa (en muchos países, casi todos los obstetras), estas transferencias de partos extrahospitalarios con problemas constituyen su única experiencia y asumen erróneamente que esos casos son representativos de un parto fuera del hospital.

[...] Todo esto da razones de que no existe ningún dato que apoye un solo caso del escenario anecdótico del "¿qué pasa si...?" utilizado por algunos médicos para asustar a la gente y a los políticos acerca del parto extrahospitalario.

A menudo pronuncio conferencias en congresos de obstetricia y cuando empiezo a hablar de parto en casa, puedo sentir el mal ambiente en la sala. Ya se han hecho una idea y no quieren resultar confundidos por la evidencia. En estos casos suelo pedir al público que si hay alguien en la sala que haya presenciado alguna vez un parto planeado en casa que levante la mano y, sin que me sorprenda, nadie lo hace.

Y cita un viejo manual médico: "Los médicos que no han visto nunca un parto en casa y que se sienten competentes como para argumentar en su contra se parecen a esos geógrafos que describen un montón de países que nunca han visitado".

Por tanto, la verdadera cuestión acerca del parto en casa no es la seguridad sino lo que se refiere a la libertad y lo sagrado de la familia.

[...] Las estrategias para asustar se encuentran motivadas por el intento de algunos médicos (y a veces, también enfermeras) de proteger la atención a la maternidad como parte de su territorio. A menudo, los médicos abruman a los legisladores con lenguaje técnico, lo cual implica que sólo los médicos pueden comprender y, por tanto, el que escucha, ¿simplemente debe seguir el "confía en mí, soy médico?". Los políticos y legisladores deberían ser empujados a preguntar acerca de esas afirmaciones que asustan con un "Por favor, muéstrame los datos científicos que avalan lo que me está diciendo".³

Personalmente, mi único temor siempre fue: "¿Qué hago si en un parto en casa el bebé tiene problemas?". Hasta que me di cuenta de que la ausencia de intervenciones y medicamentos sobre la madre, característicos de un parto hogareño, hacen que el proceso sea completamente fisiológico y, por lo tanto, que los riesgos para el recién nacido sean mínimos. Y si surgiera un inconveniente y el niño diera señales de que algo no está bien y no pudiéramos resolverlo en el hogar, nos iríamos a una clínica. Un descenso en los latidos fetales que estuviera indicando una baja de oxígeno sería motivo en cualquier institución de una cesárea casi inmediata. Sin embargo, hay modos más naturales de regularizarlos que se pueden poner en práctica en la casa: que la futura ma-

má respire profundo, suministrarle oxígeno, suavizar las contracciones con cambios de posición de la gestante que harán que la circulación de ella sea más oxigenada. Si se puede lograr esto, los riesgos casi no existen.

Si el niño nace con una dificultad respiratoria, el mejor lugar para que baje su estrés y esté mejor predispuesto a reponerse es sobre el cuerpo de la mamá. Si a un recién nacido no se le corta el cordón, sigue recibiendo oxígeno. Entonces no hace falta llevarlo al área de Neonatología, la temperatura de la madre es de casi 37°, la mejor de las incubadoras.⁹

Otra situación posible es que la mamá tuviera una hemorragia posparto, la cual es completamente imprevisible y dramática. Sin embargo, en este caso tampoco podemos decir que estemos ante algo incontrolable. Hay varias formas de detenerla y para eso lo primero que hay que saber es de dónde viene la sangre. ¿Qué pasa si aparece un desgarro de cuello de útero —que sería la causa más severa— en una vivienda? La evidencia científica dice que esta lesión puede tener un centímetro y deja de sangrar sola, y si no, una manera de detenerla es con compresión: se hace un taponamiento vaginal con gasas que se introducen en el fondo de la vagina.

La segunda opción, que sería colocar valvas —algo parecido a dos manos metálicas que separan la vagina para poder visualizar el cuello— y suturar, es muy compleja de hacer en una casa, y a la mamá no se la puede mover de la cama para llevarla a una institución mientras esté sangrando.

Y la tercera opción es detener momentáneamente, y al menos un poquito, la pérdida, para poder trasladarla. Y eso se logra medianamente con algún vasoconstrictor medicamentoso. Hasta ahora, nunca he visto un cuello de útero ro-

to en mi carrera. Para que eso pase tiene que haber habido previamente alguna maniobra cruenta como, por ejemplo, una violenta dilatación manual.

Sin embargo, cuando uno respeta el proceso fisiológico del parto, raramente surgen estas dificultades. En verdad, creo que lo más difícil de manejar en los partos domiciliarios es el tiempo, no por la urgencia, sino por la necesidad de justicia en la toma de decisiones.

¿Hasta dónde uno puede esperar cada cosa? Si hiciera falta hacer una cesárea, ¿cuánto tiempo dejamos transcurrir para ir al hospital? ¿O cuánto tiempo podemos dejar transcurrir para decidir la cesárea misma?

En cuanto a los futuros padres, en un país como la Argentina donde el parto en casa está tan estigmatizado, cuando una pareja o una gestante llegan buscando la opción del parto domiciliario por lo general ya tienen bastante información al respecto y una actitud particular ante la vida. No tienen demasiados temores, al contrario, llegan dispuestos a “vivir la aventura”. Por otra parte, establecen un vínculo intenso con quienes los van a acompañar y eso les da muchísima tranquilidad. Llegan al momento de parir con dudas pero con pocos miedos importantes. Si los miedos son demasiado fuertes, suelen elegir la clínica.

Hay parejas que dicen “tenemos tantas ganas de tener un parto en casa, pero tengo tanto miedo...”. Entonces les planteo que vayamos avanzando en el curso de Abordaje Corporal-Emotivo y decidamos qué van a hacer cuando estén más cerca de la fecha. Como llegado ese momento hay gente que sigue dudando, sugiero que compren los elementos que hacen falta para dar a luz en el domicilio, y si sobre el final del trabajo eligen ir a la institución no hay problema, le venderán el kit a otra pareja con fecha próxima.

Hace algún tiempo una embarazada había planteado de entrada que quería ir a la clínica, pero llegado el momento hizo un trabajo de parto muy bueno. Estaba con ocho centímetros de dilatación y pensé "se va a quedar, porque está tan bien...". Entonces empezó a demorarse y yo sentí que si íbamos a ir al sanatorio el momento era ése. Y ella misma nos miró y preguntó "¿Cuándo nos vamos?".

Por varios motivos, en los últimos años los nacimientos en casas vienen creciendo como una de las mejores opciones en muchísimos lugares del mundo.¹⁰ Esta situación íntima, genital, sexual, tiene su mejor escenario en el lugar donde se generó. Los resultados son de muchísima mayor salud orgánica, emocional y espiritual. Y los vínculos —entre padres e hijos, y dentro de la misma pareja— se hacen más profundos. De hecho, el nacimiento "fue llevado" a las instituciones, desde el sistema médico, a mediados del siglo XX. Hasta ese momento, como era considerado una instancia familiar, feliz, hogareña, siempre había ocurrido en el seno de los hogares.

Una alianza estratégica y asimétrica

La relación entre los padres suele modificarse cuando pasan por una experiencia de parto en libertad. Como lo que viven es tan potente, ya no vuelven a ser los mismos. En la madre se producirá una transformación inevitable porque ella habrá puesto el cuerpo y las emociones. Y el papá, en la medida en que se comprometa de verdad con la experiencia, también saldrá modificado. Pero para poder atravesar una instancia así, es imprescindible que ellos hagan una alianza nueva, asimétrica. Algo diferente a lo que quizá estaban

acostumbrados hasta entonces. Lo esencial en este tipo de parto es el reconocimiento de que el papel central lo tiene la mujer. Es ella la que lleva al bebé dentro de sí, la que deberá ser oída en sus deseos y necesidades, y el varón tendrá que escucharla con el corazón y acompañarla.

El rol de él será fundamental en otro sentido: como soporte para que ese nacimiento ocurra. Él será un "cuerpo-útero" que sostiene y contiene a su mujer. Es una función que muchas veces ejerce la partera, pero si un futuro papá participó mucho en el embarazo, será él quien lo desempeñe. El padre será la cabeza de este equipo en el que la mamá pondrá fundamentalmente el cuerpo. A cambio, a él se le abrirá el espacio del parto para vivirlo, no para "presenciarlo", ya que, si quiere ser protagonista, tendrá que poner algo más que la presencia. Durante el trabajo de parto y el nacimiento, será quien tendrá que tomar el tiempo de las contracciones, saber cuándo hay que llamar a la partera o al médico, qué puede hacerle falta a su mujer, de qué se está olvidando, si hace mucho que no va al baño, si necesita comer, cómo mimarla. Y si van al sanatorio, tendrá que hacer los trámites, saber a dónde dirigirse, cuidar a su compañera, decirle a la enfermera "ahora no prendas la luz, por favor", dosificar las visitas, preservar el vínculo entre la mamá y el bebé. Todo esto siempre y cuando no la perturbe. Porque en un parto, el varón puede ser el mejor sostén de su esposa o, por el contrario, interferir y transformarse en un obstáculo. Eso será algo que la mamá deberá evaluar conociendo a su compañero y teniendo en cuenta el momento particular que estén atravesando como pareja en ese momento.

¿Qué pasa en una pareja cuando ella quiere algo y él tiene tanto miedo que no puede aceptar lo que ella quiere? A veces él dice: "Yo no estoy dispuesto" y entonces ella respon-

de: "Vamos a hacer lo que él quiera". Mi experiencia es que cuanto más se somete, más sorprendente e imprevisto puede ser el parto. Por eso insisto permanentemente en que tienen que hacer una negociación previa. Supongamos el caso anterior. En estas situaciones, suelo proponer llegar a la institución con bastante anticipación, porque es muy probable que el desarrollo del parto sea muy rápido.

En una ocasión, íbamos a la clínica con una parturienta con cuatro o cinco centímetros de dilatación. En minutos completó el proceso y empezó a pujar con toda energía en el auto porque en realidad no quería ir a la clínica. Pero desde lo consciente fue incapaz de defender esa necesidad previamente. No lo pudo manejar.

En otra situación idéntica, ella quería parir en la casa y él en la clínica, cuando llegó a los siete centímetros de dilatación y dije: "Vamos a la clínica", lo miró a él furiosamente mientras decía: "No se imaginarán que yo voy a salir de la casa en este estado". Y su compañero se vio obligado a resolver rápidamente muchas cosas porque, por ejemplo, no tenían los elementos para un parto en la casa.

Aunque es una instancia extremadamente fuerte, tener un parto en libertad no es un cheque en blanco a la felicidad, como no lo es ningún acontecimiento en la vida.

Una pareja que atraviesa una vivencia de este tipo unida, comprometida y consciente, puede separarse un tiempo después. Que la alianza haya funcionado en ese momento no quiere decir que sea eterna. Sin embargo, es muy probable que si el parto fue una buena experiencia de pareja, se refuerzan en cada uno de ellos las imágenes positivas que tenían previamente del otro. Ella puede haberse sentido más cuidada de lo esperado, y él la puede haber visto más valiente de lo imaginado. Lo que sí puedo afirmar es que una mamá, pero

sobre todo un papá, que se comprometió en el embarazo de su mujer y el nacimiento de su hijo, establece con este niño un vínculo más profundo.

La libertad no está en las formas

Parir en libertad es una manera de posicionarse frente a esta situación, una mirada integral sobre un proceso vital, que puede ser concretada de muchas maneras, desde las más convencionales hasta las más alternativas. Pero el modo no es en sí mismo la expresión de hacerlo en libertad. Que una mujer tenga su parto acucillada, en el agua o en un banqueto de partos no es garantía de que manifieste libremente sus deseos. No son más que formas. Podrían contener tanto la posibilidad de un parto libre como la de uno normatizado. Todo depende de cómo lo encaren quienes lo proponen.

Una mujer a la que se le ofrece tener a su niño en el agua y llegado el momento de la expulsión quiere salir de allí pero es obligada a quedarse —y lo mismo vale para cualquier otra alternativa— sigue siendo sometida a una actitud de los profesionales tan autoritaria como cuando se la obliga a quedarse acostada en la camilla.

Parto libre significa contemplar todas las variables de acuerdo con el deseo de cada futura mamá. No me inclino por ninguna de estas formas en particular. Confío en la sabiduría del cuerpo y las emociones para que cada mujer encuentre la suya.

DISTINTAS FORMAS DE DAR A LUZ

Parto vertical

Cuando se habla de parto vertical la referencia es una sala de partos donde hay un sillón especial. ¿Qué tipo de sillón es éste? Las camillas que hay en sanatorios y hospitales tienen una articulación en el medio que permite incorporar el respaldo, donde se apoya el tronco. Curiosamente todas las tienen, menos las de partos (que no por azar en los hospitales eran denominadas "camas duras"). ¿Por qué? Porque obligan a las mujeres a estar siempre acostadas.

El médico Tucho Perrusi¹¹ diseñó y propuso, en Buenos Aires, la utilización de un sillón de partos. Más tarde, el doctor Eliseo Rosenvaser, que fue director del Hospital Israelita, en la misma ciudad, tomó la idea y armó una pequeña clínica. En esos años —la década del 60— "parir en lo de Rosenvaser" se convirtió en la referencia de una experiencia diferente. El sillón de partos que hizo fabricar era una camilla que se podía incorporar en la parte donde apoyaba el torso. Además, tenía dos soportes para apoyar los brazos y otros dos para los pies, más bajos que el sitio para sentarse, no colgando allá arriba como es lo habitual. Y había un espacio en el asiento para que la vulva quedara más o menos en el aire.

Con el tiempo se hicieron sillones de parto más evolucionados y en este momento varias instituciones los tienen. Esto hace que la gente que quiere tener un parto vertical pregunte si hay un sillón donde va a parir, como si el parto vertical dependiera de la existencia del mismo.

En realidad, cuando uno habla de parto vertical debiera estar hablando de una mujer verticalizada, que en el trabajo

de parto convencional es horizontalizada. Una mujer que camina, se sienta, se agacha o se acuesta durante todo el proceso. Porque además, una vez que el tronco está vertical, hay diferentes formas de parir: parada, arrodillada, en un sillón, acucillada o en un banquito de partos.

Como en las instituciones no se puede parir en el piso —las normas dicen que debe ser sobre la camilla—, lo que hacemos es sentar al esposo detrás de su mujer, a horcajadas, para que la sostenga y funcione como un respaldo.

En el agua

Parir en el agua es utilizar un recipiente —una bañera común, una especial, un jacuzzi, hubo también algunas experiencias de hacerlo directamente en ríos o lagos— en donde la mujer se va a introducir y ahí se producirá el nacimiento.

Esta opción no debiera ser en verdad una propuesta de "dar a luz en el agua" sino una alternativa más para que la embarazada recurra a ella en el trabajo de parto y/o en el período expulsivo, pero con la libertad de entrar y salir si lo desea.

Mi experiencia personal es que muchas mujeres se sumergen en la bañera durante el parto, pero en el momento del período expulsivo salen y buscan otro lugar.

En *Nacimiento renacido*,¹² Michel Odent cuenta que en el Hospital de Pithiviers, a 100 kilómetros de París —donde él fue director desde 1962—, observó que muchas mujeres tenían necesidad de meterse en el agua en algún momento del trabajo de parto. Entonces empezó a usar una piscina de plástico inflable, como las infantiles, y luego hizo construir otra, y esto trascendió como que él promovía los partos acuá-

ticos. Pero nunca lo propuso así. Lo que ocurrió fue que muchas mujeres, cuando estaban muy doloridas, se metían en el agua, y a veces no querían salir y tenían a sus bebés ahí. Pero era básicamente el efecto relajante del agua lo que las retenía. En su libro cuenta que a veces alguna decía: "Qué deseos de meterme en el agua", él abría la canilla para llenar la piscina, eso era suficiente para relajarla y paría antes de entrar. Y otras mujeres que habían ido especialmente para parir en la piscina quizá no tenían ganas de introducirse cuando llegaba el momento. Mi experiencia con los partos acuáticos fue en bañeras, en tinas de lona o inflables y una vez en una *acquadoula* que trajo de Estados Unidos una embarazada que quería que el nacimiento fuera en el agua. Se trata de una piscina circular de un metro cincuenta de diámetro, que tiene un sistema eléctrico que mantiene el agua caliente y que puede desarmarse y trasladarse. Pero el parto en el agua no depende de un tipo de bañera especial. Yo he acompañado a mamás en las de sus casas o en la mía. Hice construir especialmente una bañera que tiene veinte centímetros más de ancho, de largo y de profundidad que lo habitual previendo que a veces las mujeres eligen mi casa para dar a luz.

En nuestros sanatorios y hospitales, para evitar la "loca" idea de que a alguna mujer se le ocurra meterse en una bañera, directamente las eliminaron. Los baños de las maternidades en Buenos Aires pueden ser lujosísimos pero no tienen tina.

El Sanatorio de La Trinidad o la Clínica y Maternidad Suizo-Argentina, en la ciudad de Buenos Aires, que son instituciones con una hotelería de primer nivel, tienen suites enormes con sala privada para visitas y un precioso baño sin bañera. No creo que las hayan eliminado por falta de presupuesto.

En cuclillas

Hace algunos años, en Curitiba, Brasil, el obstetra Moyses Paciornik empezó a observar cómo parían las mujeres indígenas —en cuclillas y sosteniéndose de una rama o soga— y decidió construir una pequeña clínica con elementos que recordaran la selva. Descubrió que ese tipo de partos eran mucho más fisiológicos y que se producían menos desgarros y complicaciones que si las mujeres parían acostadas. Entonces, en la sala de partos puso una camilla que tiene por encima una especie de travesaño para agarrarse, para que las mujeres se puedan acucillar ahí arriba y sostenerse solas.

En los años 90 intentó difundir este trabajo y dos médicos argentinos, Roberto Wasserman y Ricardo Aranovich, fueron invitados a Curitiba. Pero cuando volvieron, nadie le dio importancia a lo que habían visto. Sólo un diario de divulgación masiva les hizo una nota central y mucha gente comentó esto de parir agachada, en cuclillas. Pero la comunidad médica argentina los ignoró. Para Wasserman, esta visita fue la confirmación de algo que él venía viendo en Buenos Aires: lo único que la mujer necesita para tener un buen parto es la mayor libertad posible.

El término "parto en libertad" o "parto libre" se lo debo a él.

Las mujeres occidentales no tenemos la costumbre de estar en esa posición. Una niña entra a la escuela primaria y todavía es capaz de apoyar toda la planta del pie y mantener el equilibrio inclinando la espalda hacia adelante, como las indias. Pero después los profesores de gimnasia les enseñan que acucillarse es lo que uno ve en las fotos de los jugadores de fútbol, con media planta apoyada y la espalda recta, sabo-

teando una posición natural y eficaz para el futuro. Esas cuclillas no tienen ningún sentido: duelen los pies, se pierde el equilibrio. En cambio las primeras hacen que inevitable y fisiológicamente se comprima el vientre hacia abajo, porque para no caer sentada hacia atrás hay que doblarse hacia adelante. Y sólo ese movimiento empuja al bebé sin esfuerzo adicional.

La posición de cuclillas me parece una propuesta fantástica para el período expulsivo y el nacimiento, pero hay mujeres a las que no les gusta. Es bastante apropiada cuando se decide parir en una clínica, porque pueden acuclillarse sobre la camilla y ser sostenidas por una persona de cada lado. Lo que ocurre es que es difícil mantener la posición durante mucho tiempo por la fuerza que se debe hacer con las piernas flexionadas.

Una opción que propusieron algunos obstetras, entre ellos Michel Odent en Francia, y Michael Rosenthal¹³ en Estados Unidos, es que la mujer que adopta esta postura esté sostenida de atrás por el marido, de tal forma que la fuerza física la haga él o al menos esté repartida entre ambos. Cuando deciden dar a luz en sus casas, la posición que eligen más frecuentemente es ésta. Por eso les ofrezco el banquito de partos que es como una herradura con cuatro patas, con un asiento similar al de un inodoro, en donde ella se sienta, con el ano y los genitales en el aire, pero sostenida sobre sus piernas e isquiones. Como es mucho más bajo que una silla, es casi como una posición de cuclillas pero mucho más cómoda que estar sosteniéndose sobre las piernas.

Al mismo tiempo, la parturienta está por encima de la mirada de la partera, su posición es vertical, y puede variar todo lo que quiera sus movimientos buscando acomodarse o simplemente pasar las contracciones.

Hay otras propuestas, menos difundidas, como la utilización de hierbas, acupuntura, medicina homeopática o antroposófica. Y debe haber muchas otras más. Son elementos que pueden ser utilizados si se tiene la experiencia y el conocimiento. Pero ninguna de estas propuestas debiera constituirse en un modelo en sí misma. Cada mujer elegirá entre las diferentes opciones, sin que sean quienes la atienden los que determinen el menú.

Casas de partos: entre el hogar y la institución

Las casas de partos o centros de nacimiento existen en muchos países del mundo, sobre todo en Europa, Japón y Estados Unidos. Generalmente son lugares dirigidos por parteras, eventualmente por médicos, vinculados o no a hospitales, donde las mujeres que van a parir encuentran un espacio de acompañamiento con respeto, sin intervenciones innecesarias y con un encuadre "doméstico". Lugares pequeños, confortables y hogareños, a diferencia de las grandes instituciones despersonalizadas. De alguna manera dichas casas recuperan el espíritu del parto en la casa de la comadrona, que era tan común hace cincuenta o sesenta años, antes de que estas profesionales fueran obligadas a trabajar en las instituciones. La diferencia con aquella época es que los centros de nacimiento suelen estar integrados por un grupo —parteras solamente, o parteras y obstetra— y no por una sola persona. Se trata de un trabajo más colectivo, que quizá es la mejor forma y la más relajada de asistir partos.

Si bien Michel Odent no llamó casa de partos al Hospital de Pithiviers, se podría decir que la maternidad funciona-

ba como si lo fuera. Cuando llegó era un cirujano muy joven que tuvo que hacerse cargo de todos los casos que aparecían porque no había otro médico. Y esto incluía los nacimientos. Observó que cuando los asistía la única partera que había, particularmente cuando él no estaba presente, los partos se desarrollaban con mayor normalidad y requerían menos intervenciones, incluso menos cesáreas. Empezó a estar muy atento a las necesidades de las mujeres: si querían parir rodeadas de gente, solas, con la comadrona, con el marido, si requerían su presencia. Armó dos salas de parto: la "sala salvaje", con colores cálidos, almohadones, plantas, equipo de música, una mecedora y una tarima de madera, pero ninguna cama; y la sala "acuática", pintada de verde y azul y con la piscina que mencioné antes. Allí hizo una investigación bastante profunda sobre la función del agua en el parto, los sentimientos de las mujeres, las posibilidades de movimiento, posiciones,¹⁴ etcétera.

Este respeto por el deseo de la mujer es lo que trata de ponerse en práctica en las casas de partos. Algunas son más sofisticadas, con tinas o algunos otros elementos, y otras más sencillas. Pero lo básico es que la mujer se sienta como si estuviera en su propio hogar, que pueda estar con su familia, deambular, comer, bañarse, ser cuidada por una partera y a veces también por un médico, según cómo sea la organización interna de cada lugar. Si aparece una patología, esa mujer será derivada al hospital porque en las casas de partos no hay infraestructura, por ejemplo, para hacer una cesárea (de hecho no suele haber más de dos o tres habitaciones y rara vez coinciden dos parturientas a la vez). Son espacios para partos normales, igual que el propio hogar, con la diferencia de que aquí quizá se sientan más contenidas por algo parecido a una institución.

En Estados Unidos, los centros de nacimiento surgieron como reacción a la altísima medicalización de los partos. El nivel de intervención llegó a ser tan alto que las mujeres se movilizaron para encontrar formas alternativas de parir, y ésta fue una de las opciones halladas. A comienzos de los años 90 visité tres de estas casas de partos, una en Nueva Jersey y dos en California. Dos de ellas eran casas preciosas construidas a una cuadra de un hospital, con el que tenían un convenio para derivarles cualquier patología. Una estaba supervisada por un médico y la otra por una enfermera-partera.¹⁵ Había una empleada administrativa que recibía las llamadas de las parturientas que anunciaban que estaban en camino, y entonces ella convocaba a quien estuviera de guardia que sería quien atendería el parto ese día, y que hasta ese momento estaba en su casa o donde quisiera. El médico por lo general no intervenía, sólo estaba disponible. Si había una complicación, se derivaba a la embarazada rápidamente al hospital.

La tercera que conocí estaba armada por enfermeras-parteras y el funcionamiento era igual a las anteriores.

En Estados Unidos, y en otros países, las que trabajan en estas casas de partos, sobre todo cuando las dirigen, suelen ser enfermeras-parteras, no parteras de entrada directa. Por lo tanto, tienen una intensa formación médico-quirúrgica innecesaria para su verdadera función. Sin embargo, también hay muchos casos, y cada vez son más, de centros de nacimientos dirigidos y atendidos por parteras de entrada directa, es decir, que no tienen una formación previa en enfermería, sino únicamente en obstetricia. También existen en Europa, sobre todo en Alemania. Es frecuente que se junten cuatro o cinco comadronas, alquilen un departamento y ofrezcan su trabajo. Como allí es normal el parto domicilia-

rio, todos los seguros médicos cubren los nacimientos de este tipo. Esto sucede no sólo porque en la mayoría de los países de Europa la medicina todavía está pensada como un servicio social, sino porque el sistema de salud detectó que le resultaba más económico el parto domiciliario que el institucional, ya que los insumos son mínimos y las patologías también. De modo que las profesionales no solamente están mucho mejor pagas, sino que su función es altamente valorada.

Las de algunos países de Europa suelen hacer su formación académica al lado de otras, de manera que tienen mucha experiencia y autonomía, y su seguridad y autoestima son muy altas. Cuando instalan una casa de partos, si aparece una complicación, ellas suelen ir junto con las embarazadas hasta el hospital, y ahí deciden, con el médico que las recibe, qué se hará. No delegan la decisión sobre qué hacer, sino que comparten el mismo grado de responsabilidad.

En la Argentina, la ley no prohíbe nacer o morir en una casa o en cualquier otro lugar. ¿Acaso alguien podría prohibirle a una mujer parir en el taxi porque no llegó al hospital? ¿O en mi casa, como pasó más de una vez, porque una parturienta vino a hacerse un control y su trabajo de parto se aceleró y parió allí? No hay legislación específica sobre centros de partos o casas de nacimiento, como sí la hay sobre clínicas y hospitales.

En Buenos Aires, hubo quienes llevaron adelante experiencias similares a las de estas instituciones. Algunas más cuidadosas y otras no tanto.

En la zona norte del conurbano bonaerense vivió hasta hace unos diez años Mabel Stenacker, una partera que siempre atendió partos en su casa. Tenía una vivienda de dos plantas. Abajo vivía ella, y arriba había un espacio apropiado para las parturientas: sala de espera, dos habitaciones, sala de

partos con camilla, sillón de partos, consultorio y baño con bañera grande.

Otro caso bastante diferente, por el tipo de mirada y atención sobre el parto, fue el de Trujuy, descripto anteriormente.

Con algunas colegas ofrecemos un equipo para atender los partos, acompañando a las mujeres en el tipo de experiencia que ellas quieran —en sus casas, en las nuestras, en las instituciones—. Y cada vez que armamos el proyecto de un centro de nacimientos me echo atrás pensando que en un país como la Argentina sería imposible concretarlo. Porque aunque no esté prohibido, el *establishment* médico se sentiría amenazado y encontraría la manera de clausurar escandalosamente el lugar, echando por tierra el trabajo de hormiga que desde hace años cada una de nosotras viene haciendo con las mujeres para que no crean en los miedos que tratan de inculcarles y se atrevan a parir en libertad.

RELATOS PARA COMPARTIR LOS PADRES CUENTAN SU EXPERIENCIA

LOS PARTOS DE EMA

No los busqué. A ninguno de los tres. Ellos vinieron a través de mí cumpliendo Dios sabe qué designios. Estar embarazada me atraía y repelía con la misma fuerza y yo sobrevivía entre la alegría y el pánico.

Eso fue lo que pasó en los tres embarazos, sobre todo, pánico. Físicamente transcurrieron sin darme cuenta, andando en bicicleta, haciendo mantenimiento de balcones y terrazas hasta el séptimo u octavo mes.

Pero mi mente se rebelaba.

Ismael fue el primero. Hasta los cinco meses de gestación me atendí con un obstetra que no me convencía del todo. En algún

momento llegó a mis manos el teléfono de C. y me dije: "Voy a ir y decirle todo lo que pienso de los obstetras y sus métodos terro-ríficos, mejores para una sala de tortura que para un nacimiento. Si lo acepta me quedo, si no, seguiré buscando". Y C. me escuchó estoicamente y coincidió conmigo. Cuando le hablaba de sufrimiento, él me decía que más que dolor era trabajo. Ismael se anunció con un trabajo de parto largo que comenzó el jueves a la mañana y terminó un viernes de diciembre por la noche. Mucho calor, agotamiento por contracciones que al principio eran muy irregulares y vómitos por cualquier cosa que llegara a mi estómago. La solución fue simple: agua tibia en la bañera, helado para la sed porque era lo único que no vomitaba (después me enteré de que fue bueno también por el azúcar que la musculatura uterina en ese momento necesitaba especialmente) y el último disco de Litto Nebbia sonando en el equipo. Así llegamos al viernes 6 donde el trabajo de parto que parecía detenido fluyó libremente hasta los ocho centímetros de dilatación que fue cuando fuimos al sanatorio. Ismael nació al segundo pujo, en sillón de partos, fácilmente, sin llanto. Recostado sobre mi panza, cuando escuchó mi voz levantó la cabeza y me miró por primera vez. Rodeado de vapores necesité olerlo para reconocerlo. Después me di cuenta de que durante muchos meses el bebé tiene el olor de su mamá. Eran las 21.57.

Fátima llegó de una manera completamente distinta. Durmiendo plácidamente me desperté alrededor de las 7 creyendo haber sentido una contracción. Llamé a Alejandro porque tendríamos que organizar algunas cosas ya que el bebé nacería en casa y había que llevar a Ismael con los abuelos. Las contracciones se sucedían rápidamente así que decidí meterme en la bañera con agua caliente. Estuve allí un rato pero al salir todo se aceleró más. Llamamos a Raquel y decidimos que fuera hasta su casa, mientras mi papá venía con mamá a buscar a Ismael. Bajé los dos pisos de casa y subí el piso de la casa de Raquel. Al llegar una contracción casi me tiró al suelo. Estaba con ocho centímetros de dilatación y todavía tenía que volver a casa. El parto de Fátima fue una estampida. Cuando llegamos, Ismael todavía estaba, la gata corría por todos lados, había

que buscar sábanas, alcohol... De pronto, todo se detuvo. No había más contracciones. Había entrado en pánico. C. preguntándome qué pasaba y yo respondiendo que no podía hacer nada más, que tenía miedo de que me "destrozara", y él diciendo: "Nada de eso va a pasar, pero si pasara, yo estoy aquí para cuidarte". Era lo que necesitaba escuchar. No había encontrado la posición para pujar, así que me permití ponerme en genuflexión y fue como si Fátima se destrabara. Al segundo pujo nació, y mientras nacía emitió un grito. No lloró, sólo gritó al salir, después se quedó tranquila. Negrita y con pelos por todos lados. Hoy es bellísima. Eran las 10.21. Sólo habían pasado tres horas desde que me desperté creyendo haber sentido una contracción. A las 11, sentada en la cama, tomaba mate con Ale y él comenzaba a hacer la carta astral de Fati.

Cuando quedé embarazada de Gaspar sentí terror de enfrentarme a un nuevo parto de la velocidad del de Fátima. Ese embarazo me tomó desprevenida. Creía cualquier cosa, que era víctima de menopausia precoz. Sin embargo estaba embarazada otra vez. Fue, como los anteriores, un embarazo maravilloso físicamente. Pero en lo emotivo estaba realmente mal. Con cinco meses de gestación, mi papá comenzó a tener algunos síntomas de lo que un mes más tarde iba a ser la rotura de un aneurisma que terminó con su vida. Así me quedé sin él, y con un único sentimiento: morirme, no me importó nada más, sólo quería encontrarlo nuevamente y que no me dejara nunca.

Yo no servía para nada, mi sensación era de un gran cansancio físico y un vacío difícil de describir. No iba a poder enfrentar un parto. Esto mezclado con ideas suicidas terminó por deprimirme absolutamente. Y el parto se acercaba. Raquel fue una gran aliada, y sin tener ya nada que perder, de pronto me puse a pensar que el verdadero dolor era el que estaba sintiendo, que podía probar eso de esperar las contracciones y no que ellas me encontrarán.

El 24 de mayo me desperté cerca de las 7 con lo que parecía una contracción. Fui al baño y estaba perdiendo el tapón mucoso. Llamamos a Andrea que se iba a quedar con los chicos mientras venía mamá. Ale se fue a arreglar algunas cosas al quiosco.

Llamé a Raquel para avisarle y me preguntó cada cuánto eran las contracciones. No tenía ni idea, así que empezamos a contarlas con Andrea mientras volvía Ale. Duraban un minuto. Fuimos abajo a esperar un taxi y ya llegaba Ale.

El taxista volaba, se olvidó de poner el reloj, teníamos que llegar a Florida y estábamos en Palermo. Cuando Raquel me revisó ya estaba con 8 centímetros de dilatación. Entonces me ofreció llenar la bañera con agua caliente. Me quedé allí con Ale al lado y Raquel que me sugiere: "Si te animás, poné dos dedos en la vagina, te vas a encontrar con algo duro, es la cabeza del bebé". La miré con horror. Tocarme me parecía espantoso. Creía que iba a tocar algo dilatado, irreconocible; sin embargo, lo hice y no fue así. Todo estaba cerrado y en su lugar. Y la cabecita bajando con cada contracción. Me di cuenta de que si aflojaba, si con cada contracción me relajaba, no había resistencia, no había dolor. No lo podía creer. Cada contracción era como una nueva ola a la que esperaba timoneando desde mi pequeño velero. Sabía que vendría, pero que también pasaría. Y cada ola me acercaba más a la orilla.

En la tormenta yo conducía y a la vez me dejaba arrastrar. Estaba apareciendo el sol por la ventana. Todo era silencio y luz. Salí de la bañera, me sequé y me puse una remera. Iba caminando hacia la camita que Raquel había armado en el piso cuando una nueva contracción me detuvo. Sólo atiné a ponerme de rodillas en el suelo y tomar la cabeza que se iba deslizando.

Gaspar nació con los ojos abiertos, con 3,900 kg. Era un robusto bebé que llegó sin llanto, no hubo ni un pequeño desgarro, ni episiotomías, y casi no hubo intervención alguna. Eran las 9.55. Lo vestí, tomamos un té de jazmín y volvimos a casa. Eran las 11.30. Se llama Gaspar Asís, como el abuelo que no llegó a conocerlo. Cuando todo viene bien, lo único que necesitamos las mujeres para parir es que nos dejen hacerlo.

Ema

PEDRO

Mi nombre es Gabriela, tengo veintisiete años y dos hijos: Anita y Pedro. Cuatro años antes del nacimiento de Pedro nació mi

primera hija, Anita, en la clínica de mi pueblo. En aquella oportunidad rompí bolsa de noche y, siguiendo las instrucciones del médico y del curso de parto, me interné de inmediato.

Lo que sigue es historia conocida por muchas mujeres: con apenas dos centímetros de dilatación me acostaron y me pusieron un goteo de oxitocina. Estuve doce horas sola, sin poder levantarme ni ir al baño y sin ningún tipo de control, con contracciones fuertísimas que no me daban descanso. Al amanecer vino a verme una partera de guardia, poco amigable, y de ahí en más se sucedieron tactos varios, rasurado, una dolorosísima manobra en la cual fui instada a pujar acostada con una chata debajo, mientras terminaban de dilatarme manualmente. Parí a mi hija acostada boca arriba, mis piernas colgando de estribos, con una episiotomía considerable. La vi sólo unos segundos, y aunque estaba perfectamente la tuvieron tres horas en observación por rutina. En neonatología le dieron mamadera, por lo cual la primera mamada se hizo esperar una eternidad...

En fin, después de tanta experiencia, de la cual tardé mucho en recuperarme anímica y físicamente, quedé con muchas dudas y la sensación incierta de que no había sido un parto tan bueno como todos insistían en creer. Hasta que tiempo después empecé a escuchar voces distintas que me hicieron entender los porqués de mis dudas. Resulta que había alternativas, las mujeres teníamos derecho a parir de otra manera y existía la posibilidad de elegir cómo traer un hijo al mundo... nada más ni nada menos. Y desde mucho antes de quedar embarazada de Pedro comencé el largo camino de búsqueda que me llevó a vivir una de las experiencias más lindas e intensas de mi vida.

Pedro nació en la casa de Raquel Schallman, la partera que elegimos para que nos acompañara. Habíamos decidido tener un parto domiciliario, pero por diversas razones nuestra casa no nos terminaba de convencer, por lo cual Raquel nos ofreció la de ella. Necesito aclarar que para mí ése ya se había convertido en un espacio familiar. Hacía meses que veníamos reuniéndonos allí para hacer trabajo corporal y compartir tantísimas cosas (aclaro esto porque creo que el lugar en que vamos a parir debería ser, al menos, un espacio cálido y conocido, no como las frías salas de parto que al menos a mí me transmiten una enorme sensación de desamparo).

Elegir a quienes nos iban a acompañar fue parte fundamental de nuestra búsqueda. Raquel, que más allá de lo profesional es una persona maravillosa, supo desde un principio intuir mis deseos más profundos y nos ayudó a poder elegir lo que realmente queríamos. Tito Lodeiro Martínez, el obstetra, uno de los médicos más respetuosos que conozco, que supo hacer justo lo que yo necesitaba: mirar sin intervenir. Y Alejandra Saavedra, la pediatra, que recibió a Pedro con el mayor de los cariños, pidiéndole permiso hasta para secarlo...

Y aquí va el relato: el miércoles 15 de agosto (dos días después de la fecha supuesta de parto) me desperté a eso de las 3 con la sensación difusa de haber estado despertándome a intervalos cortos por las contracciones. La tarde anterior habíamos ido a ver al médico, que me había encontrado con cuatro centímetros de dilatación. Durante el viaje había tenido contracciones cada cinco minutos, pero las atribuí al traqueteo del auto, pues al llegar a casa cedieron. Pero estas otras eran distintas, un poco más intensas, también cada cinco minutos, y no se detenían. Por lo cual, llamada telefónica mediante, decidimos ir para lo de Raquel. Alrededor de las 5 partimos con el enorme bolso que habíamos preparado: desde toallas y sábanas hasta miel y duraznos en almíbar... Parecía que nos íbamos de pic-nic... Llegamos poco antes de las 6, en medio de una tormenta que había estado anunciándose toda la noche. Raquel nos recibió con un abrazo y una gran sonrisa. Me revisó y todos nos asombramos: ocho centímetros de dilatación y todo listo, excepto que el bebé aún estaba muy alto.

Al rato llegaron Alejandra y el doctor Lodeiro. Mientras yo deambulaba por ahí buscando posiciones para pasar cada contracción, ellos tomaban mate en un rincón, y Javier (mi esposo) me masajeaba la espalda entre mate y mate. Raquel estaba siempre ahí. Poco tiempo después supusimos que la dilatación era completa, pero yo no tenía ganas de pujar. Se ve que Pedro estaba alto aún, por alguna razón nos estábamos tomando un tiempito... Recuerdo haber tenido una sensación ambigua, quería que naciera pero al mismo tiempo me preguntaba si tenía que ser ya... Y así estuvimos un largo rato, hasta que sucedieron dos cosas que me ayudaron a resolver lo que faltaba: Una, la

"intervención verbal" de Raquel diciéndome algo así como "El bebé está muy alto, y *tiene* que bajar", palabras que tuvieron un gran efecto en mí. La otra cosa fundamental fue que con Javier nos fuimos un ratito al baño y ese instante de intimidad fue esencial. Hablamos, nos abrazamos, nos encontramos fuera de las miradas de los otros... Salí del bañito con la duda resuelta: Pedro ya iba a nacer.

En las dos contracciones que siguieron me acuclillé y ahí todo cambió: apareció la sensación de pujo, rompí bolsa y por lo que yo sentía y por la expresión de todos supe que Pedro estaba por fin bajando. De ahí en más todo se hizo más vertiginoso y los recuerdos se mezclan... Recuerdo que me senté en el banquito (un banco de madera con forma de herradura) y comencé a pujar, al principio más suave y luego más intensamente, con ese ritmo creciente que no tiene retorno: culmina sí o sí en el milagro del nacimiento. Luego de un rato pude ver por el espejo los pelitos de Pedro asomándose... Eso fue una inyección de energía impresionante, todo se tornó mucho más intenso, y enseguida sentí que ya estaba... había nacido...

No se puede explicar con palabras la sensación que produce la salida del bebé, un placer enorme, una alegría indescriptible. Cómo estaría de compenetrada en ese mar de sensaciones que me olvidé de mirar... Fue lo único que me perdí, ver el momento de su nacimiento. Pero se ve que necesité mirar para adentro... Raquel lo recibió y me lo dio. Fue sumamente emocionante verlo, abrazarlo. Pedro, mi bebé, ahí estaba por fin... Javier cortó el cordón sin apuro, cuando dejó de latir. Bienvenido al mundo... Luego vino la expulsión de la placenta y la sutura del desgarro, que tuvo que ser enseguida porque tenía una pérdida de sangre que era preciso detener, y durante ese tiempito Javier y Alejandra cambiaron a Pedro, que enseguida volvió a mis brazos y se prendió a la teta (y de ahí no salió... icasí hasta hoy!).

Pedro fue un bebé muy grande, calculamos su peso en 4,300 kg, aunque no lo pesamos en ese momento sino nueve días más tarde. Nació el 15 de agosto a las 9.17. Luego del nacimiento, Raquel preparó té y festejamos, mientras Pedro tomaba teta. Nunca me voy a olvidar del sabor de ese té de manzanilla y de

ese budín que compartimos... no sólo porque estaba hambrienta por el esfuerzo, sino porque fue la forma ideal de cerrar esa experiencia, en un clima tan distinto al de mi parto anterior. Comimos budín, tomamos té, sacamos fotos... Una verdadera fiesta: la celebración del amor y la libertad.

Gabriela

NACE VALENTÍN

Cierro los ojos y me transporto nuevamente a ese momento. Viene a mí una mezcla de imágenes, sensaciones y olores que conocí ese día y que no han vuelto a aparecer. Todo empezó cerca de la medianoche, febrero. Comenzaron las contracciones en forma regular y ambos sentimos que había llegado el día, el momento tan esperado; yo me mostraba dispuesto, nervioso y entusiasmado, tratando de acompañar a María Laura de la mejor manera, ocupando el lugar que me estaba reservado por la vida para protagonizar (nada menos que) el nacimiento de nuestro primer hijo: Valentín. Las primeras horas de la noche "volaron" mientras anotaba prolijamente el horario y el intervalo de cada contracción, con la sensación de que debíamos recorrer un camino antes del gran acontecimiento, como si hubiera un ritual prefijado. Al amanecer hicimos los primeros llamados al médico y la partera, para comunicarles lo que habíamos vivido, para contarles que era nuestro turno... ¡Cuánta excitación teníamos! Ya cerca de las 9 hicimos una excursión a casa de Raquel, para ver cómo andaba todo. Viajamos bastante rápido, creo que la ansiedad de que hubiera novedades nos daba un impulso extra, yo necesitaba saber en qué parte del camino estábamos. "Hay una dilatación de cinco centímetros —anunció Raquel—, está todo bien." ¡Guau!, pensé. Ya no tenía dudas de que iba a suceder todo en las próximas horas. Con la visita logramos bajar algo el nivel de ansiedad que llevábamos y relajarnos un poco, nos fuimos de paseo y volvimos tranquilos a casa, después del mediodía. Las contracciones se hicieron un tanto irregulares y tuve la sensación de que todo se aquietaba un poco, nos fuimos a acostar un rato, la noche había sido larga y nerviosa, nos que-

damos dormidos... Pero sólo un ratito, el estado de alerta que tenía en mi interior no disminuyó ni un poquito, yo era el varón que debía cuidar que madre e hijo (que ya venía) estuvieran en perfecto estado. Puedo recordar claramente cómo abrí los ojos y observé, muy detenidamente, a María Laura (mientras dormía): estaba hermosa, radiante, todo su cuerpo daba la impresión de estar en armonía total. Yo no me sentía para nada un extraño en la situación. Estaba totalmente comprometido con los sucesos y quería recibir a mi hijo, ya percibía algo de ese cambio, esperado y temido: dejábamos de ser sólo una pareja y creábamos una familia.

Son las 3 y media, más o menos. Veo lo que pasó como si lo estuviera viviendo ahora. Las contracciones se hacen más intensas y frecuentes, el ritmo de nuestros movimientos se acelera y ya no estamos relajados, de dormir ni hablar. Evidentemente las contracciones son dolorosas. Habíamos preparado algunos recursos: la bañera con agua calentita, masajes perineales, algunas posturas. Pasamos de uno a otro rápidamente, pero nada parece hacer efecto. En los intervalos entre contracciones hablamos sobre lo que está pasando y María Laura muestra sorpresa y preocupación: la sensación de fuertes dolores se apodera de ella y siente que no esperaba que fueran de tanta intensidad. Llegaron Raquel y C., ya no hay dudas, el nacimiento es inminente, hay ocho centímetros de dilatación y todo está bien. ¡Viene nuestro niño!

Afuera hace bastante calor y el día está un poco tormentoso. Luego de ir un par de veces más al baño, María Laura se instala en nuestro cuarto y ya no nos vamos de allí. Hace muchas horas que todo comenzó y me preocupo por el cansancio que puede pesar sobre ella, aunque la veo muy fuerte... y algo confundida. Es que se aproxima un cambio inexorable y definitivo en nuestras vidas, una nueva personita viene a ocupar su lugar entre nosotros, para siempre.

Y de pronto, el torbellino... Las contracciones son más intensas, más dolorosas, es muy difícil pensar y abstraerse de lo que está pasando. Sostengo con fuerza, la acaricio, le doy agua, le alcanzo una toalla, le digo que todo va bien, que lo hace de maravillas, transpiramos juntos. Veo que duele, siento que duele, sostengo... Como por arte de magia, su plano racional, tan presente en

nuestra vida cotidiana, es abandonado por ella en un instante, una especie de "click" que, después comprenderé, es necesario para que todo siga. Como si estuviera inmersa en el ritmo de una marea, ella va y vuelve, comunicándose con nosotros en los respiros que le dan las últimas contracciones: grita algunas órdenes, se ríe, cuenta, nos mira a los ojos como buscando aprobación.

En los momentos de mayor intensidad de dolor se acurruca, se estira, se pone en cuatro patas; esos movimientos van acompañados de gemidos y sonidos guturales, se nota el esfuerzo, las sensaciones la atraviesan por completo. Su cuerpo emana sudor, calor, olor a madre que pare, es una belleza animal impresionante que todo lo invade, el animal más bello que he visto en mi vida... Estamos en los momentos finales, es hora de pujar. Uno tras otro se suceden los largos esfuerzos y, de a poco, va asomando la cabecita de Valentín. De repente, algo pasa... El trabajo se complica un poco, los latidos del bebé denotan el cansancio de tantas horas, y hay una banda tensa en el canal de salida que está causando un retraso.

María Laura está sentada en el banquito de partos. Me preocupo, estamos bastante tensos, el médico la mira a los ojos en la pausa última y dice: "En la próxima contracción tiene que nacer. Martín, vos empujá la panza desde arriba con fuerza". Ahí viene... Arranca la contracción, como un rayo, intensa. Los dos hacemos fuerza, cierro los ojos y empujo con todo lo que tengo. Todo desaparece, somos solamente nosotros tres, es un momento único, de borde, de amor y de angustia, se cruzan en mi mente mil imágenes, siento la presencia de la vida y la muerte, ¡Vamos, un poco más... hijol, grité. Rompí a llorar como un loco, los abracé a los dos y me sentí inmensamente feliz; definitivamente el mundo se detuvo. Ya éramos una familia. Ese bebé rosado y gritón era el motivo de nuestra alegría, el mejor día de nuestras vidas estaba ocurriendo.

Ya pasaron dos años de ese momento. He disfrutado intensamente de nuestra vida juntos y no me pierdo ni uno de los progresos de Valentín, compartiendo cada momento que, generosamente, él nos regala. Estamos felices. En estos días nos preparamos para la llegada de Clara, nuestra hija. Todo va muy bien y llegará, más o menos, en tres semanas. No veo la

hora de vivir nuevamente esos momentos. Tengo grabados en mí los recuerdos del nacimiento de nuestro hijo y el orgullo de haber elegido y protagonizado junto a María Laura la elección más acertada que tuvimos como seres humanos. Esa acumulación de sensaciones fuerte, enriquecedora, eterna y fugaz, inexorable y esperada, total...

Martín

NOTAS

1. Odent, Michel. *Nacimiento renacido*, Errepar, Buenos Aires, Argentina, 1984.

2. Véase Anexo: "Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y posparto".

3. Se trata de un banquito en forma de herradura, bastante bajo, con un hueco en el medio, de manera que la posición de la parturienta es casi acucillada, pero con más comodidad. Lo hice construir por un carpintero, de acuerdo con un catálogo norteamericano de partería. Pero el diseño estaba copiado de las sillas de partos que se usaron, según grabados conocidos, desde la Edad Media.

4. La oxitocina es la hormona que genera contracciones y que Michel Odent, en su libro *La científicación del amor*, denomina la "hormona del amor" porque también es segregada durante las relaciones sexuales y el amamantamiento.

5. No doy sus nombres porque sus casos no son públicos. Pero es importante que las parejas estén atentas al tipo de servicio que les ofrecen. Que no confundan un parto en libertad con la ausencia de cuidado y contención, tanto emocional como clínica.

6. Véase Anexo: "Controles, procedimientos y rutinas".

7. Mardsen Wagner es médico pediatra y epidemiólogo en perinatología. Fue presidente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y director de la Oficina Regional de la Salud Materno Infantil para Europa desde 1978 hasta 1991. Bajo su mandato se aprobaron las Recomendaciones de la OMS sobre los derechos de la mujer embarazada y el bebé, en 1985. Actualmente es consultor y consejero en sanidad, y dicta conferencias internacionales.

8. Wagner, Mardsen, "El nacimiento en el nuevo milenio". Ponencia del autor en el I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, realizado en Jerez de la Frontera, España, en octubre de 2000.

9. Jorge Pronsato, pediatra cordobés, autor de *Tecnologías apropiadas vs. rutinas acríticas en perinatología*, Córdoba, Eudecor, 2000, sostiene que hay una sola cosa verdaderamente urgente después de que nace un bebé, y es que esté con su mamá. Todo lo demás puede esperar.

10. Ann Thomson, profesora de Matronería de la Universidad de Manchester, Gran Bretaña, en un artículo publicado en el volumen 10 del *Midwifery Digest*, de diciembre de 2000, cita el siguiente estudio: "En 1994 se publicó el Informe de la Encuesta Confidencial de partos en casa en el Reino Unido. Fue un intento de obtener información de todos los partos programados en casa, y compararlos con un grupo similar de partos en el hospital. [...] Los resultados no eran relevantes para decir algo sobre mortalidad materna. No obstante, quiero considerar dos puntos. Primero, el uso de la analgesia en el parto: las mujeres que planificaron el parto en casa usaron mucho menos entonox, petidina, analgesia epidural y raquídea, comparadas con el grupo que parió en el hospital. Así pues, fueron capaces de evitar los efectos secundarios de la petidina y las epidurales. El segundo punto es que las mujeres que habían planificado un parto en casa tenían tasas significativamente más altas de partos vaginales que las que habían tenido el parto en el hospital".

11. En 1970, Perrusi afirmaba en una entrevista: "El parto horizontal no sólo no es fisiológico, sino que además es antinatural, inútil, extenuante e improductivo, y requiere del arsenal terapéutico, instrumental y tocológico para conseguir un resultado para el cual la mujer, igual que para defecar u orinar, está biológicamente facultada para lograrlo sola y sin ayuda".

12. Obra citada, pág. 41.

13. Michael Rosenthal es un médico obstetra que creó en California el Family Birth Center, una casa de partos construida a una cuadra de un hospital. La casa está rodeada de jardines, tiene dos habitaciones y dos enormes baños con grandes jacuzzis, además de una cocina con heladera bien surtida, sala de reuniones, consultorio, etcétera.

14. Estas experiencias fueron narradas en *Nacimiento renacido* —obra citada, pág. 41— y en *El agua, la vida, la sexualidad*, también de Michel Odent (Urano, Barcelona, España, 1991).

15. En el Capítulo 4 se explica cómo es la formación de las parteras en Estados Unidos.

Capítulo 2

El cuerpo

El parto

El parto está referido con exactitud y detalles, y de diferentes maneras, en numerosos tratados de obstetricia. Y también en libros de divulgación científica. De modo que intentaré describirlo muy sintéticamente, ya que será posible profundizar la información en los libros correspondientes. También desde lo vivencial: qué se siente a partir de lo que ocurre.

Comienzo

La gestación de un bebé tiene una duración de entre 38 y 42 semanas. Al comienzo del embarazo, suele establecerse una FPP (fecha probable de parto) que coincide más o menos con la terminación de la semana cuarenta. Estas fechas, que debieran resultar solamente orientadoras, suelen ser consideradas por los médicos como definitivas de que "el bebé tiene que nacer".

Hay contracciones (el útero se contrae) durante todos esos meses, que son normales y que tienen ritmo, duración e intensidad muy variables. Algunas mujeres tienen registro de ellas. Otras no. Pero en el último trimestre aparecen algunas que tienen características distintas. Lo más importante es que las embarazadas sienten, junto con la panza dura, una sensación en el bajo vientre, como si estuvieran por menstruar. Estas contracciones son producidas por pequeñas descargas de oxitocina que fisiológicamente empezarán a modificar el cuello del útero. Primero harán que se vuelva muy blando, luego lo acortarán y finalmente, de a poco, lo irán abriendo; todo esto antes de que comience el proceso del nacimiento.

El útero es una bolsa con forma de pera invertida, cuyo "cabito" corresponde al orificio del cuello. Todo el trabajo de parto consistirá en "tironeos" hacia el fondo del mismo, que van estirando el cuello hasta hacerlo desaparecer, y luego empiezan a abrirlo (dilatación) a fin de que el bebé pueda atravesarlo. Por eso suele ser útil un tacto exploratorio al final del embarazo para poder evaluarlo.

Por ejemplo: una mujer que tiene el cuello uterino blando y dilatado probablemente tendrá su parto en los próximos días, y como ya está hecha una parte del trabajo, quizá sea más suave y corto. Sin embargo, también asistí a mujeres que estuvieron semanas en esa situación hasta que llegó su momento.

A la inversa, si el cuello está duro y cerrado, es posible que a esa mujer aún le falte un tiempo para parir. Pero a veces empiezan pronto y lo que ocurre es que es más largo, doloroso y difícil.

Hay serias discusiones acerca de "hasta cuándo esperar" que una mujer inicie sola su trabajo de parto. Si no se produ-

ce al cumplirse la semana cuarenta, la mayoría de los médicos lo induce. Estas manipulaciones producen mucho daño. Muchas de las embarazadas no están "listas" para empezarlo de acuerdo con los parámetros teóricos de la medicina, entonces el apresuramiento conduce a frustración, más dolor, sensación de impotencia, miedo, estrés, y termina mayoritariamente en cesáreas "porque no dilataba" (cuando en realidad no era su tiempo), "porque el bebé estaba alto", y/o con prematuros internados en neonatología o en incubadoras (porque al no ser el tiempo de la madre tampoco es el del niño y entonces nacen chiquitos, con inmadurez, bajo peso, etc.). En mi experiencia, si tenemos la paciencia de confiar en las madres, esperar, y estar atentos a los latidos fetales, en algún momento el parto comienza. Nunca vi un "embarazo prolongado" de más de 42 semanas.

Período dilatante

Cuando empieza el trabajo de parto, aparecen exclusivamente las contracciones con esa sensación tipo "dolor de ovarios". Poco a poco se hacen rítmicas y más frecuentes, hasta que el tiempo entre una y otra es de entre 3 y 10 minutos. La duración de cada una también se regulariza: suele ser de entre 25 y 50 segundos. Las que duran menos de 25 segundos no resultan dilatantes. Si no llegan a ese mínimo se está aún en un parto, y en algún momento se harán más largas.

La frase: "No estás dilatando, vamos a hacer una cesárea" —muy escuchada últimamente— pone la responsabilidad en las mujeres. Las hace sentir impotentes sin ningún motivo. Porque todas están en condiciones de tener contracciones

que dilaten. Si no tenemos respeto por sus tiempos, o peor aún, si las instalamos en un sistema automatizado, la mayor parte de ellas no "funcionará del modo correcto". Cada persona es única. Cada parto es una aventura. Es imprescindible acompañarlas con las formas y los tiempos de cada cual.

Este proceso de contracciones organizadas cada pocos minutos, y rítmicas, hará que el cuello del útero se vaya dilatando poco a poco. Puede durar cuatro horas, diez, quince o veinticuatro. En general, a mayor frecuencia, más intensidad, y menos posibilidad de soportar el dolor. Las embarazadas "generan" las contracciones que ellas y sus bebés están en condiciones de tolerar. Por lo que si no introducimos oxitocina sintética, si no rompemos la bolsa de las aguas artificialmente, la posibilidad de sufrimiento fetal (alteración de los latidos del bebé) es altamente improbable.

A medida que avanza el período dilatante, el niño va descendiendo más y más en la cavidad pelviana, de manera que cuando esta etapa se acerca a su fin (la teoría dice que debe tener diez centímetros de diámetro para estar completamente abierto) la cabecita, ya muy baja, empieza a hacer presión sobre el recto.

La parturienta, que venía sintiendo dolor en cada contracción, y alivio y descanso cuando cada una terminaba, empieza a tener sensaciones difusas, como "necesidad de pujar", cada vez que aparece una. En ese momento suelen decir "quiero ir al baño" y éste es el mejor indicador de que estamos llegando al fin del dilatante y entrando en la siguiente fase.

Período expulsivo y nacimiento

La madre empuja, "puja", en cada contracción, sin pensar de qué modo debería hacerlo. De la misma forma en que uno responde al reflejo cuando tiene deseos de orinar o de mover el vientre. Aquí también se trata de un acto reflejo. Por eso es innecesario y contraproducente "enseñar" a pujar. ¿O acaso nos enseñan a tragar, a respirar, a orinar? Son sensaciones tan fuertes que es imposible que el cuerpo no reaccione instintivamente.

Como el mecanismo del parto está regido por la parte más primitiva del cerebro, que es inabordable desde la palabra y desde el pensamiento reflexivo, todo aquello que se intenta modificar con razonamientos interfiere en el proceso. No sólo no lo facilita, sino que lo interfiere seriamente.¹

Es necesario, como dice Michel Odent,² que la mujer "se vaya a otro planeta". Y que además no perturbemos ese viaje. Obviamente, si no sabemos qué le está pasando, nos parecerá loca: la mirada perdida, emitiendo sonidos diversos, haciendo movimientos extraños que responden a necesidades profundas. Se pondrá o sacará la ropa porque su cuerpo percibe las temperaturas externas de modo variable. Y esta imagen de locura puede impresionarnos. Pero, suelo decir: "Ella vuelve". Volverá a su centro después del nacimiento para conectarse con su hijo.

Los pujos sucesivos ayudan a descender al bebé dentro de la pelvis, pero este proceso lleva su tiempo. No es ninguna ventaja decir: "Lo saqué en tres pujos". Al contrario, si son muchos —primero más suaves, poco a poco más intensos—, esto será paulatino, y cuando finalmente el niño se haya apoyado sobre el periné, éste empezará a distenderse como un suéter mientras lo va atravesando.

Una y otra vez veremos la bolsa de las aguas como un globo plateado, que lo precede. Se asoma, se vuelve hacia adentro. Vuelve a asomarse, esta vez un poquito más, y así sucesivamente. No es necesario romperla en ningún momento. Cuando el recién nacido salga, se desgarrará sola, sin dolor ni molestias. Si hubiera sucedido antes espontáneamente, veríamos los pelitos del bebé asomando por la vulva, cada vez un poco más.

En estos tiempos en los que se les hacen episiotomías a las primerizas prácticamente en todos los casos, quienes asisten al parto se pierden de observar y compartir semejante maravilla. Apenas la dilatación se completa, se le exige a la parturienta que empuje, pero a la vez se la acuesta y se le amarran sus pies en una posición no solamente incómoda sino humillante. Todos se ponen tremendamente ansiosos. Se empuja al niño desde arriba del vientre materno, se aumentan desmesuradamente los goteos con oxitocina y se corta el periné mucho antes de que "abombe" y muchísimo antes de que "corone".³

Cuando acompañamos a las parturientas en la búsqueda de posiciones es muy raro que elijan estar acostadas sobre su espalda. En general prefieren las cucullas, o sentarse al borde de una silla, de la cama, del inodoro, y si se les facilita una sillita de partos la utilizan con frecuencia, en general apoyando la espalda contra la pared, o sobre el pecho de su compañero. Las he visto, por ejemplo, pariendo de pie, en cuatro patas, recostadas de costado. Todas las parteras-comadronas que facilitamos la libertad de las mujeres hemos vivido estas experiencias reveladoras.

La embarazada encuentra de a poco su posición para parir, y cuando el bebé nace, los brazos extendidos y amorosos de la madre lo reciben, lo toman y lo abrazan. Un niño que

acaba de atravesar el traumático pasaje desde el interior del útero materno hasta la vida exterior se calma cuando encuentra lo único conocido: el latido del corazón de su mamá y el sonido de su voz. Así disminuye su estrés y se permite empezar a respirar, a regular su temperatura y de a poco pone en marcha los mecanismos que necesita para sobrevivir. En algunos casos en los cuales nace con alguna dificultad para empezar a hacerlo, es siempre infinitamente más sano que esté sobre el cuerpo de la madre y que cualquier maniobra de reanimación que se requiera se le haga allí.

En los partos domiciliarios resolvemos estas situaciones sólo poniéndolo piel contra piel sobre ella, secándolo, arropándolo, masajeándolo, y aspirando sus secreciones con una perita de goma de las que se usan con los niños pequeños. Y, de acuerdo con la experiencia obtenida, también hacemos lo mismo cuando el nacimiento es en una institución. La parafernalia de acciones sobre el recién nacido, estipulada como rutinas en las instituciones —aun en caso de que alguna de ellas fuera necesaria— tiene peores efectos si se separa al hijo de la madre.

En algún parto domiciliario hemos "armado" una incubadora poniendo al bebé sobre su mamá cubierto con un edredón y facilitando su respiración con un pequeño tubo de oxígeno. ¿No será que estas máquinas se asemejan a esto? Pero claro: sin lo vincular, lo afectivo ni lo cariñoso. Recién cuando respira bien, es tiempo de cortar el cordón. Solemos pedirle al papá que lo haga, simbólicamente, ya que parte de su función futura será separarlo de su madre e introducirlo en el mundo.

Después de algunos minutos la placenta deja de funcionar. Como todo tejido sin vida empieza a retraerse, se desprende y el útero sangra. La sangre se acumula entre ambos

órganos y la va desprendiendo más aún. Pasado un rato, se suelta completamente y, si la mujer está en posición vertical, sale sola. Si no, se le pide que vuelva a pujar para expulsarla. Y eventualmente, se la empuja suavemente desde arriba del vientre, como exprimiendo. He visto a médicos haciendo desprendimientos manuales de placenta (metiendo la mano dentro del útero) de modo rutinario, por no tener la paciencia de esperar. Después del nacimiento, esta expulsión tarda menos de treinta minutos. Es un tiempo en el que la mamá siente que sólo quiere que la dejen tranquila, cerrar las piernas, y estar seca y cómoda con su bebé en brazos.

Y si el recién nacido se prende al pecho, al estimular la producción de oxitocina, las contracciones colaborarán para terminar el proceso fisiológicamente. De retorno a su mundo, aunque modificado por la presencia del hijo, suele sentir hambre y sed. Puede alimentarse tranquilamente. No hay contraindicaciones.

Cuando la prevención puede ser un riesgo

Durante el embarazo se hacen diferentes controles. Algunos son necesarios, otros no, y algunos están debidamente indicados sólo en circunstancias específicas. Lo mismo ocurre en el caso de los recién nacidos. Si estos controles se hacen habitualmente, sin tener en cuenta su necesidad, ni las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tema —que acepta e incluso recomienda algunos pero desestima otros⁴—, decimos que estamos ante la presencia de rutinas. Algunas no son necesarias pero tampoco son cruentas. La mayoría de las llevadas a cabo en el parto, en cambio, conllevan agresión, violencia y daño, y de este

modo el argumento teórico de la prevención queda absolutamente descalificado.

Al final del libro se encuentra un anexo con el listado detallado de las rutinas que se realizan en las instituciones, y la indicación de cuándo deberían hacerse, cuándo no, y en el caso de los bebés, cuándo es necesario inmediatamente después del nacimiento. Porque la mayoría de las veces se puede esperar uno o dos días a que entre en contacto con este nuevo mundo antes de someterlo a procedimientos agresivos. Éstos también son violentos con las madres, aunque ellas estén “acostumbradas” al maltrato del mundo externo.

En el parto

La prohibición de alimentarse a la que son sometidas las parturientas apenas entran a una institución es errónea. Durante el trabajo de parto los músculos necesitan oxígeno y glucosa para hacer su trabajo, por lo tanto una persona que está varias horas sin comer no está recibiendo el combustible para que su cuerpo le responda adecuadamente. Lo que se argumenta es que puede necesitar una analgesia peridural o una anestesia total y en ese estado es probable que vomite y hay riesgo de que “se aspire” el vómito. Esto no ocurre de un momento para el otro, y en caso de que así fuera cuándo está por vomitar se le sostiene la cara hacia un costado para que no se ahogue. Por las mismas razones las instituciones (o los médicos) prohíben tomar líquidos. Les dicen que apenas se mojen los labios. Es como hacer gimnasia y no tomar agua.

En Estados Unidos se les suele dar un vaso con hielo del que van tomando todo el tiempo, porque tiene un efecto an-

tiemético (el frío evita los vómitos) y porque de esta forma se incorporan líquidos. Además les dan jugos —que tienen vitaminas—, barritas de cereal, etc. Yo les propongo que tengan en sus casas helado, porque tiene azúcar, crema y frutas, y porque es frío, además de placentero.

Las dos primeras indicaciones para una mujer que se interna para parir en una institución suelen ser el rasurado y el enema. Si bien ya no es tan frecuente como hace algunos años, en algunos lugares se sigue practicando habitualmente. No hay ninguna justificación razonable para hacerlo. Se decía que era para suturar más prolijamente el corte de la episiotomía. Pero actualmente esta intervención —aunque también se siga haciendo con regularidad— está indicada en muy pocos casos y, en última instancia, se puede simplemente cortar el vello perineal con una tijera. He visto cómo a veces rasuran los labios externos de la vulva y encima del clítoris, incluso el pubis, zonas en las que no habrá que hacer ninguna sutura.

Esta acción puede producir heridas, infecciones, irritaciones, y cuando el pelo vuelve a crecer suele ser muy molesto. Un enema puede estar correctamente indicado cuando la futura madre tiene una severa constipación. Alguna vez ocurre que al final del embarazo las mujeres la sufren durante muchos días y la teoría dice que el bolo fecal no permite que descienda el bebé. Pero jamás encontré un caso como ese. Nunca indiqué un enema por un motivo así. Si hubiera una situación como esa, lo que haría sería modificar la alimentación, indicando mucha fibra y líquidos. Es importante tener en cuenta que las contracciones uterinas estimulan el peristaltismo intestinal. Cuando llegan a la fase final, *todas* han evacuado y muchas lo han hecho en forma reiterada. Hacerle esto a las parturientas cuando están en medio de las con-

tracciones de un trabajo de parto, con el vientre totalmente distendido, es vejatorio. Que alguien, en ese momento, les introduzca líquidos por vía intestinal, es una violación tremenda a su intimidad. Y es un acto de tortura, ya que estimula aun más las contracciones; en consecuencia la necesidad se hace desesperante, como si fuera una diarrea, y muchas veces cuando piden ir al baño se les dice que “esperen un poco”.

Quizá el enema y el rasurado no sean las rutinas más agresivas que se les hacen en el parto, pero el tema no es si la agresión es más o menos terrible, sino por qué las mujeres tienen que permitir que un desconocido se introduzca en su genitalidad y su sexualidad.

La posición de litotomía (acostada boca arriba) es la que les indican en la mayoría de las instituciones. Al estar acostadas, las contracciones son menos intensas y más dolorosas, y se dificulta el descenso del bebé y la oxigenación de ambos, porque se comprimen arterias muy importantes que irrigan el útero. Es una posición prácticamente proscripta por la OMS, que recomienda animar a las mujeres a desplazarse y a moverse.

Otra de las primeras rutinas que se implementan en la internación es ponerles un suero que pasa gota a gota de manera intravenosa: el famoso goteo. La argumentación es que se coloca para tener “una vía abierta” en caso de que fuera necesario suministrarles alguna droga. Y lo primero que suelen ponerles es oxitocina sintética para acelerar el trabajo de parto. Pero a través de esa vena puede introducirse cualquier otra cosa. En Estados Unidos, por ejemplo, están usando morfina, porque dicen que así, entre otros efectos, la madre se “vuela” un poco y entonces el cuello del útero está más blando, distendido y relajado. La ruptura artificial de la

membrana amniótica se practica sistemáticamente para apurar el parto. No hay indicación real para ello, salvo excepcionalmente, cuando se intenta ayudar al descenso del bebé.

Creo que cada equipo obstétrico tiene un límite de espera frente al parto, y esto depende también de las premisas con las que se manejen en la institución. La ruptura de la bolsa amniótica se realiza introduciendo, entre el dedo índice y el mayor del operador, un membranero o una pincita que al entrar en contacto con ella la desgarran inmediatamente porque está distendida como un globo y es delgada como la piel. Al no tener terminaciones nerviosas, no duele. Las gestantes no sienten nada, excepto que empieza a salir líquido tibio a través de la vagina porque tiene la temperatura interna de su cuerpo. Pero cuando se rompe la membrana, lo que empieza a apoyar sobre el cuello del útero, por adentro, no es la bolsa blanda sino la cabeza del bebé, que es mucho más rígida, o sea que cada contracción les duele más.

Y también a los bebés, que de tanto empujar (ya no hay más un pequeño "colchón" de agua amortiguando su presión) pueden edematizar sus cabecitas y esto podría alterarles los latidos. Además, al romper la bolsa artificialmente aparece el riesgo de infección. Está lejanísimo, pero está. Porque a través de los dedos enguantados, aunque estén estériles, se llevan gérmenes desde la vagina hasta el cuello del útero. Además, a partir de ese momento empieza la ansiedad del equipo obstétrico. Todos quieren tactarlas para saber cuánto hay de dilatación, cuánto falta, sobre todo en los hospitales donde muchos están aprendiendo. Y ahí el riesgo se potencia infinitamente. Si la membrana sigue íntegra y no hay contracciones, aunque la mamá esté con tres o cuatro centímetros de dilatación, el trabajo de parto no ha empezado. Romper la bolsa artificialmente les permite a los profe-

sionales asegurarse de que el nacimiento tendrá que suceder en las horas siguientes. Un mito vinculado a este tema es que puedan quedarse sin líquido amniótico. Esto no ocurre. Por un lado, porque con la cabeza el niño obtura la salida del líquido y se pierde apenas un poquito en cada movimiento del bebé o de su madre. Pero además el cuerpo regenera líquido, nunca en la cantidad perdida, pero lo hace. Nunca está "seco" adentro.

El monitoreo se realiza para tener un registro escrito de los latidos fetales. Se usa un aparato parecido a un micrófono, que se pone sobre la panza de la mamá con un cinturón grueso, a la altura del hombro del bebé —que es en donde se perciben los latidos—, para que marque en una cinta de papel todas las variables que emita este pequeño corazoncito y los movimientos que hace el bebé. Marca las contracciones de la madre, y también mide otros datos que quedan registrados. Se lo deja colocado allí, por lo menos, entre veinte minutos y media hora. Esta práctica obliga a la inmovilidad de las parturientas en una posición extremadamente incómoda. Y hay muchos que la utilizan en forma ininterrumpida.

Recuerdo un caso en el que intentamos que todo fuera lo más natural posible compartiendo diecisiete horas de trabajo de parto en la casa, y al llegar al sanatorio el médico —que había esperado en su propio domicilio pero no podía tolerar más los largos tiempos de la parturienta y mi posibilidad de espera— me dijo imperativamente: "La quiero conectada a un monitor ahora mismo y hasta que el parto se haga". Esta terminología da cuenta de la sensación de propiedad que tienen los obstetras sobre las embarazadas. Como son extremadamente sutiles para medir, estos registros conducen a una cantidad enorme de cesáreas innecesarias. Porque pequeñas variables intrascendentes se constituyen en una amenaza.

Cuando las futuras mamás están en trabajo de parto, lo primero que hacen con ellas es inmovilizarlas en la posición de litotomía. Y, como dijimos, esto dificulta su oxigenación y la de los bebés. Solamente por estar acostadas boca arriba se pueden alterar los latidos de sus hijos. Sin analizar estas circunstancias, se suele mirar el monitor y decir "¡Tenemos desaceleraciones! Vamos a hacer una cesárea porque hay sufrimiento fetal". Antes de recurrir a la intervención quirúrgica, uno podría intentar, por ejemplo, poner de pie a las madres, hacerlas caminar, darles oxígeno, etc., para ver si tiene que ver con el estar acostadas, o si puede haber realmente una deficiencia. Pero los médicos no hacen esto porque dicen que si hay alteración de latidos se debe "operar, sí o sí".

Trabajé hace muchos años con un obstetra que pedía monitores habitualmente. Cuando las embarazadas volvían con el resultado, él leía, ponía cara de que algo no le gustaba y decía: "Esto no está muy bien", pero no especificaba. Entonces ellas, asustadas, le pedían por favor una cesárea. Y en ese momento concretaba un horario para ese mismo día o el siguiente, la hacía en una hora y se iba a su casa. Él estaba en una etapa de su carrera en la cual atender un parto le producía un estrés terrible y entonces sus intervenciones aumentaron enormemente. Felizmente, tuvo la honradez y la inteligencia de abandonar esa tarea y encarar otra, que no era la asistencial, dentro de la obstetricia.

¿Qué significa que el médico diga "no me gusta"? Este estudio cumple su función registrando si el bebé reacciona o no reacciona. Si lo hace dentro de los parámetros esperados no hay de qué preocuparse. En caso contrario, hay tiempo de saber si una alteración de latidos es irreversible o momentánea. Además, debe repetirse para asegurarse de que no haya "errores" de otro tipo antes de intervenir. Debido a esta uti-

lización desmedida e incorrecta, cuando la OMS dio a conocer su *Guía para el cuidado prenatal, perinatal, y posparto*, señaló que no es recomendable la utilización de monitores durante el embarazo ni el parto, porque no benefician la salud materno-fetal y porque su uso termina generando un enorme incremento de las cesáreas. Este control puede hacerse de forma muy casera, sin ningún tipo de tecnología, o con una intermedia como el detector de latidos. El registro que hace es menos preciso que el del monitor, pero así es la vida, menos exactamente precisa.

La también famosa peridural o epidural es una anestesia que se inyecta a través de las vértebras de la columna y quita la sensibilidad desde esa zona hasta los pies, pero sin dormir a la parturienta. Se la usa tanto para un parto vaginal como para una cesárea, pero en el primer caso será más breve y leve, y en una intervención quirúrgica más intensa y duradera. Es fácil de imaginar que si se la coloca para una operación, en donde no se siente absolutamente nada, en un parto por vía baja, aunque la cantidad sea menor, elimina casi cualquier sensación. La obstétrica dice: "Ahí viene una contracción, tomá aire, cerrá la boca, levantá la cabeza y empujá", pero la parturienta no siente nada. Hace fuerza pero no se da cuenta si dio resultado.

Actualmente ni siquiera se discute su utilización rutinaria. Incluso se publicó un aviso en un periódico ofreciéndola como si no existieran criterios médicos para su indicación. Algunos anestesiólogos especializados en obstetricia utilizan menor cantidad, para que la madre pueda percibir algunas sensaciones. No sólo por la dificultad del pujo, sino porque se detienen las contracciones y entonces es necesario estimularlas artificialmente. En realidad, la analgesia peridural rompe el ritmo fisiológico del parto y altera la sabiduría del

cuerpo para parir. Hay casos precisos en los cuales su indicación resulta imprescindible. Y es un alivio que exista. Lo aterrador es que se haga en forma casi rutinaria.

La episiotomía es un corte que se hace en el periné —el espacio que hay entre la vulva y el ano— para ampliar la abertura vaginal. Su práctica produce uno de los temores más grandes de las mujeres frente al parto y no es para menos, porque lo que está en juego es su genitalidad. Además de resultar una mutilación, suele quedar comprometida su sexualidad futura, porque la cicatrización es lenta —es una zona húmeda— y a veces se tienen molestias durante mucho tiempo. Se hace con una tijera, introducida en la vulva, y alcanza el músculo. Es como hacer un cortecito en una tela y tirar: se puede producir una herida severa. Es preferible un desgarro espontáneo antes que una episiotomía. No sólo porque está probado que hacerla produce daño sino porque creo que si la naturaleza no abre más que ese espacio debe ser porque los niños pueden pasar por ahí con mínimos perjuicios para las mamás. El argumento para hacerla es banal e injustificado: que es para evitar una lesión. Pero:

- 1) la episiotomía es un desgarro artificial que no está hecho a la medida del espacio que el bebé va a necesitar para pasar, sino de acuerdo con lo que quien la hace considera adecuado;
- 2) haciendo una incisión, ésta se puede prolongar detrás de la episiotomía; y
- 3) lo más grave es que la tijera corta el músculo.

Si la ampliación se produce naturalmente, ocurre sólo en piel y mucosas, es decir, en un plano mucho menos profun-

do. Quienes argumentan que es mejor el corte con tijera, no tienen evidencia que lo justifique.

A la inversa: a veces protegemos tanto la zona que se desgarra naturalmente arriba, al lado de la uretra o del clítoris y entonces es muy difícil de suturar porque sangra y duele mucho, aunque el desgarro sea muy pequeño. Y la cicatrización es muy molesta. A veces es preferible solamente sostener la cabecita fetal para que no salga de golpe. Si se rompe el periné, puede que lo haga por la línea media, que no tiene pelos, está muy poco vascularizada, muy poco innervada. Además, es evidente que el niño necesitó abrir ese espacio para salir, no que alguien la mutiló.

Hay culturas en las que, por la forma de sentarse y de vivir, las mujeres siguen teniendo el periné muy elástico. Pero éste no es nuestro caso. Entonces, si no les damos tiempo a los tejidos para que se vayan distendiendo lentamente, y alguien desde arriba empuja la panza (maniobra conocida como de Kristeller, que aunque está prohibida se sigue haciendo),⁵ es obvio que una parte se va a romper.

Durante el parto es imprescindible tener mucha paciencia. Si a las parturientas se les permite hacer su propio proceso, ellas van a ir empujando a medida que se van animando —esto lleva tiempo, no se consigue en dos pujos sino en diez o veinte o más—, y si bien la posibilidad de lesión existe, es menor. Para evitarlos, lo que trato de hacer es que el bebé no salga de golpe. Que lo haga lentamente, mientras el tejido se estira poco a poco. Simplemente sosteniendo la cabecita e impidiendo el brusco desprendimiento.

En los videos de los partos en el Hospital de Pithiviers se ve a las mamás acucilladas. Hay gente acompañándolas y sosteniéndolas: parteras, familia, marido. Pero nadie las está tocando, sino que miran cómo el niño va asomando, y

en algún momento lo sostienen para que no salga violentamente.

El bebé

Al recién nacido también se le practican acciones rutinarias que en algunos casos no son obligatorias, en otros no son necesarias y a veces podrían ser postergadas unas horas o días, para que su primer tiempo en este mundo lo pase junto al cuerpo de la mamá, que es lo único que necesita. Lo que se le hace, apenas nacido, es cortar de inmediato el cordón umbilical. Esto es gravísimo porque desencadena otras rutinas innecesarias. Básicamente, no se le permite que instale su propia respiración pausadamente, se interrumpen los procesos naturales de alimentación y oxigenación, generando en él una necesidad urgente de respirar. Esto lo lleva a inspirar profundamente, llevándose hacia adentro todas las secreciones que tiene en la boca y la nariz, de modo que se hace necesario "aspirarlo" de inmediato, es decir sacarle estas secreciones. Si, en cambio, no se hace así, dispone de más tiempo en el que inspira aire y algunas secreciones, tose, se irrita, las escupe, las estornuda, y hay un proceso de algunos minutos hasta que elimina todo y respira normalmente.

Se realizó un estudio en el Chaco⁶ sobre la anemia del recién nacido y se descubrió que si se corta el cordón sólo tres minutos después del nacimiento esta patología disminuye casi en un 50%. La anemia aumenta porque al bebé le faltan hierro y oxígeno, que le llegan por los glóbulos rojos a través del flujo umbilical. Con el corte inmediato, es rutina entonces introducir una sonda profunda por la nariz y/o por la boca (se llama nasogástrica y tiene, proporcionalmente, el

tamaño de dos dedos para un adulto), que aspira el contenido de la tráquea, el esófago, y a veces tan hondo que le llega al estómago (Michel Odent describe la atrocidad que significa aspirar el contenido gástrico del recién nacido que está lleno de nutrientes y enzimas imprescindibles para los primeros días de vida⁷). Es un procedimiento muy brutal, irritante y violento que le genera arcadas de inmediato. Pero además hace ya muchos años el obstetra Roberto Caldeyro Barcia,⁸ en una conferencia que dictó en Buenos Aires, habló de los daños que produce introducirla tan profundamente. Hay que ser muy habilidoso para no rasparlo, lastimarlo, y hasta perforarlo. Nunca vi algo así, pero está descripto en estudios realizados por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP).

Cuando es necesario, se puede usar una perita de goma, que no tiene el grado de intrusión de una sonda, y con la que prácticamente no existe la posibilidad de dañar al bebé. Esto es una práctica común en países como Estados Unidos y Holanda.

También se le introduce una sonda anal del mismo tamaño. Esto se hace para verificar que el conducto no esté cerrado y que el bebé pueda evacuar el intestino normalmente. Lo habitual es que tenga su primera deposición dentro de las 24 horas siguientes a su nacimiento. Si no lo hiciera, se podría sospechar que está obstruido y en ese caso sí es necesario hacerle una ecografía, y eventualmente operarlo. Esto se justifica solamente en el caso del niño que tiene ese problema, no en los restantes que están bien pero a los que igualmente se somete por rutina. Las acciones generadas por esta intromisión primera e innecesaria acarrearán un problema extra: para poder hacerlas, los neonatólogos o las enfermeras suelen llevarse al bebé a otro sitio, lejos de la madre. Esto

podría solucionarse si el "área de reanimación", como se la llama en las clínicas, fueran los brazos de su mamá.

Hay otras rutinas que se siguen haciendo porque están reglamentadas, pero se trata de leyes antiguas. Uno de estos casos es la inyección de vitamina K, que carece de sentido si a los bebés no se los presiona para "salir". La vitamina K es antihemorrágica y se inyecta apenas nacido el niño para prevenir particularmente hemorragias intracraneanas. La realidad es que si no es presionando, apurado ni empujado para salir, este riesgo es prácticamente inexistente. Pero lamentablemente aquí nos enfrentamos a una dicotomía, porque la práctica intrusiva que el sistema utiliza aumenta la posibilidad de que suceda. Sin embargo, la observación de algunos pediatras es que la pequeña cantidad de vitamina K que se da es inútil para prevenir una hemorragia en caso de que ésta apareciera. Sería necesario colocar un suero para que recibiera las cantidades infinitamente mayores requeridas en ese caso. Mientras tanto, este niño que acaba de nacer, en los minutos siguientes ya está recibiendo la agresión que significa una aguja que lo pincha y un líquido que su cuerpo tiene que asimilar. Es interesante mencionar que este elemento podría suministrarse por vía oral. Pero eso está descartado por la institución médica sin dar razones.

Otra rutina que responde a una legislación sin vigencia real en la actualidad son las gotas de nitrato de plata, o de antibiótico, que se colocan en los ojos de los niños apenas nacen. Las primeras lo "ciegan" transitoriamente en el momento en que necesita abrir sus ojos, conectarse con este nuevo mundo, estar alerta. Esto responde a una ley de 1945 (¡hace casi sesenta años!), cuando las enfermedades venéreas de las madres no podían ser tratadas y podían acarrear la ceguera de un recién nacido que atravesaba la vagina. Actual-

mente existen estudios que debieran hacerse a las embarazadas en forma sistemática para tratar estas enfermedades antes del nacimiento.

Pesar y medir a un bebé parecen rutinas inocuas. ¿Por qué nos opondríamos a que se hagan apenas nace? Si uno piensa de dónde viene ese bebé —un útero en el que está contenido por todos lados, hecho un ovillo— y se encuentra con un espacio exterior frío, luminoso, se da cuenta de que agregarle a esto una balanza fría de metal puede ser tirano y torturante. Sobre todo porque no hacen falta estos datos en forma inmediata. Se lo puede pesar al día siguiente, ya sabemos que tendrá unos 100 gramos menos. Y su vida no entra en juego por esta postergación. En cuanto a medirlos, nunca es necesario estirarlos como se hace, ni a los veinte minutos de nacido ni dos días después. Por empezar la medición nunca va a ser exacta porque es imposible estirar completamente a un recién nacido, ya que se mueve todo el tiempo. Pero, además, todos tienen en promedio entre 48 y 52 cm. Puede haber alguno de 47 y otro de 53, pero ¿son tan importantes seis centímetros de diferencia en los primeros momentos de la vida extrauterina? Es posible tomar esta medida en los días siguientes.

Finalmente, antes de ser devuelto a los brazos de su madre, cada uno es lavado, secado y peinado. La suposición detrás de estas acciones es que lo más importante para la mamá no es tener a su hijo en brazos sino que éste esté limpio y prolijo. Para algunas madres, lamentablemente, es así. Pero es probable que si se detuvieran cinco minutos a pensar cómo lo lavan se cuestionarían si es tan importante que pase por esa situación. Por más que se use agua tibia y se lo trate con cuidado, un recién nacido llora y se rebela contra los movimientos a los que es sometido para bañarlo y lo mismo

ocurre cuando con un peine le estiran su delicado cabello o cuando intentan secarlo. Nada de esto es imprescindible apenas nace. Puede ser lavado unas horas después por su mamá, con mucho cuidado y dedicación, una vez que pasó el suficiente tiempo en sus brazos como para poder desprenderse al menos unos minutos y entrar en contacto con el mundo exterior.

Quienes ejecutan estas rutinas sistemáticas no piensan si son inocuas o no. Los estudiantes las aprenden y después se siguen sosteniendo por costumbre, en oposición al resultado de las investigaciones que vienen haciéndose en el mundo contraindicándolas, o dosificándolas, y fuera de todo sentido común. La idea que predomina es la de que "el parto debe conducirse", además de responder a una serie de parámetros, como el tiempo y la duración de las contracciones, ignorando la necesidad y particularidad de cada mujer. Y desde allí se comete la más tremenda iatrogenia. Otra gran cantidad de intervenciones se hace por el miedo que sienten médicos y obstétricas frente a la fisiología natural del parto. Un temor tan grande que ni siquiera pueden mirarse a sí mismos para saber qué los asusta, los angustia y les genera tanta urgencia.

La cesárea: una operación de cirugía mayor

La cesárea es una intervención de cirugía mayor. Su indicación desmedida es uno de los problemas más importantes que enfrenta la obstetricia en los últimos años, porque, además de los daños físicos y psicológicos que provoca, desvirtúa una herramienta que, utilizada con mesura, es casi un regalo de Dios. El riesgo sigue existiendo en la actualidad, pero es bastante bajo. Hay buenos anestesiólogos, se conoce el

grupo sanguíneo de las personas, la anatomía, la fisiología, existen todos los elementos para garantizar la asepsia y, cuando no queda otra alternativa, pienso que es una suerte que exista esta posibilidad.

Lo grave es que, en algunas instituciones, se están registrando entre un 60 y un 80% de intervenciones de este tipo, cuando lo recomendado por la OMS⁹ es que no superen el 10%. En la provincia de Buenos Aires hay clínicas que las realizan en un ¡ciento por ciento! Sólo se exceptúan aquellas mujeres que lleguen prácticamente pariendo. Esto ocurre porque la cesárea está totalmente normatizada, paso a paso, y en una hora, como máximo, está terminada. Otro factor que eleva los porcentajes es el hecho de que los médicos residentes quieren aprender, "se tienen que hacer la mano", de acuerdo con la jerga hospitalaria.

Hace un par de años teníamos aproximadamente un 50% de cesáreas en el sistema privado y un 25% en el público, que ya era altísimo.¹⁰ Pero actualmente en maternidades públicas se está llegando al 50% en algunas guardias,¹¹ y las parteras lo adjudican a los residentes y a que el equipo obstétrico en general no sabe cómo se trata un parto normal. Es decir, han perdido el concepto de que es un hecho fisiológico. Es una intervención quirúrgica de cirugía mayor donde para llegar al bebé hay que cortar y abrir prolijamente, con muchas técnicas particulares, siete planos de tejido. Y una vez que nació se debe cerrar uno por uno. Además están los riesgos quirúrgicos habituales: que la anestesia genere problemas, que haya hemorragias, infecciones. Porque la cicatriz que queda en el cuerpo es muchísimo mayor que la sutura muscular de una episiotomía.

También se pueden producir daños en el recién nacido: posibilidad de prematuridad, corte de cordón inmediato, heri-

das involuntarias con el bisturí,¹² etc. Y desde lo emocional y psicológico, una cosa es una cesárea correctamente indicada, en la cual el padre, la madre y el equipo obstétrico tienen el convencimiento de que no había otra alternativa, y otra, los excesos. Las cicatrices que dejan en el alma son mucho más dolorosas que las del cuerpo. Muchas mujeres que pasaron por esta situación, cuando van a tener su segundo hijo se cuestionan si no tendrán dificultades para parir (no agrego "por vía baja" porque considero que parir siempre es por vía baja) y esto suele condicionarlas en contra a la hora de ese nuevo parto. Tienen abierta una herida interna que les disminuyó su autoestima. Ellas "no pudieron". Muchas terminan en una segunda cesárea porque no consiguen atravesar esa sensación de impotencia. También queda la impresión de haber sido traicionadas por el médico en el momento más importante de sus vidas. Se quedan con rabia, con rencor... la sensación es la de que no les dieron tiempo para pensar, para decidir, que no les explicaron lo suficiente, que fueron engañadas sobre lo que verdaderamente estaba pasando, y que las dejaron solas.

También hay otras costumbres nocivas, como inmovilizarle ambos brazos. Se hace por temor a que se toquen justo donde las están operando. Lo que suelo hacer entonces es comprometerme a que el marido, el anestesista o yo le sostendremos la mano. Si ella me dice que necesita usar su mano, la suelto y puede tocarse la nariz o el cabello o lo que necesite. Y recibir a su hijo, tomarlo y tocarlo.

En una ocasión, la parturienta fue ingresada a la sala de cirugía mientras el obstetra y yo estábamos cambiándonos. Cuando llegamos ya le habían inyectado la anestesia y la habían acostado en la camilla con las piernas y los brazos atados en cruz. Parecía un Cristo crucificado. Fue una imagen muy impresionante.

Otro efecto es la separación entre la mamá y el bebé. En un parto, es posible que el bebé vaya directamente a los brazos de la madre, casi no hay ruptura entre el adentro y el afuera. Pero en una cirugía lo sacan, cortan el cordón de inmediato, lo levantan desnudo en el aire para mostrárselo, y alguien se lo lleva a hacerle los controles de rutina. Cuando ese recién nacido vuelve, está lavado, vestido... es como un extraño. No hay contraindicaciones reales para ponerlo en seguida sobre el pecho de la madre, pero eso no es lo habitual en los hospitales y clínicas. La excusa es que "puede tomar frío".

Después de una primera cesárea, nada indica que se deba hacer otra "por rutina" o "precaución". Por el contrario, la evidencia científica recolectada y difundida por la OMS y por la International Childbirth Education Association (ICEA) dice que incluso si una mamá tiene dos cesáreas es más seguro que en el siguiente embarazo se intente un parto vaginal. Pero muchos médicos temen atender un parto después de una cesárea y entonces apelan al miedo y la angustia de las embarazadas. Un diálogo extremo, pero posible, sería:

Embarazada: —Tengo una cesárea anterior.

Médico: —¡Ah, entonces esto va a ser otra cesárea!

Embarazada: —¿Por qué?

Médico: —Porque si no, el útero te va a estallar y te vas a morir.

Esto es algo que en mayor o menor medida todas escuchamos alguna vez. Quienes hacen ese tipo de afirmaciones niegan la literatura científica existente sobre el tema que indica lo contrario. Que no se animen a atender el parto vaginal de una mujer que tiene una cesárea previa por motivos

personales es otra cosa. Pero este temor de los obstetras es absurdo, no hay riesgos mayores después de una cesárea, diferentes a los de cualquier otro nacimiento. Sin embargo, generan mucha angustia y fantasías en las mujeres, cosa que finalmente deriva en mayor patología en el parto.¹³

Maltrato a las parturientas: una rutina más

Las rutinas, las cesáreas innecesarias, muchas de las cosas que se les hacen o dejan de hacer a las parturientas, son diferentes formas de violencia. Muchas embarazadas no se dan cuenta de que el trato que reciben en las instituciones es agresivo y denigrante, incluso a veces de forma explícita. Además de las acciones que la agreden físicamente, hay muchas maneras de desvalorizarlas desde el discurso, de las cuales los profesionales abusan y a veces incluso utilizan como una descarga de su propia tensión y temor contenido.

Las mujeres a punto de parir son vulnerables y están indefensas. Se entregan al equipo obstétrico. Y éste, la mayoría de las veces, no tiene conciencia o prefiere no ver los daños que puede causar. La fragilidad de las gestantes en esta etapa hace que se sometan a malos tratos —tanto físicos como emocionales— que en otra situación quizá cuestionarían. Pero allí no pueden. Sienten que los que saben son los otros. Que si les dicen que lo que sienten es “inadecuado”, seguramente es así.

Muchas veces me pregunto, escuchando relatos de mujeres sobre sus partos anteriores, situaciones por las que atraviesan mis colegas, o incluso cosas que yo misma pude haber presenciado: ¿Por qué el ensañamiento del ser humano es proporcional a la debilidad que muestre la persona que tiene

enfrente? Y a la vez: ¿Las parturientas despiertan un ensañamiento o violencia especial? ¿Por qué?

Hay mujeres que están empezando a tomar conciencia de esta situación, y cuestionan y reclaman. Pero son pocas. Y aun las que pueden hacerlo no cuentan plenamente con sus fuerzas cuando están en la sala de partos. Esperar eso de ellas sería exigirles demasiado. Por eso creo que si bien las futuras madres son responsables de buscar las mejores condiciones para parir, que no sólo las beneficiarán a ellas sino también a los hijos —la violencia contra ellos parece más sutil pero también es terrible—, somos los profesionales quienes tenemos que iniciar un giro de ciento ochenta grados en la forma de atender los partos. Este maltrato no puede continuar. De cómo se trate a una embarazada en un parto dependerá buena parte de su futura vida emocional y fisiológica. De cómo sea recibido su hijo dependerá el futuro de la humanidad¹⁴.

VOCES DE ESPAÑA

Hace un tiempo, a través de una lista de Internet sobre cesáreas innecesarias,¹⁵ me llegaron varios testimonios escalofriantes de mujeres que parieron en distintas instituciones de España.¹⁶

“¡NI SABE EMPUJAR!”

Tuve un embarazo perfecto. Yo tenía diecinueve años y me puse de parto el día anterior a la FPP (fecha probable de parto). Tenía fiebre, casi 40°, y pase la noche con molestias de parto. A las 9 de la mañana rompí aguas en casa e ingresé al hospital (la noche anterior había hablado con personal de la institución y me dijeron que me dejara de tonterías, que a muchas mujeres les da

fiebre y que si rompía la bolsa o tenía contracciones de las de verdad, ingresara: que antes ni apareciera por allí. La bolsa se rompió, nos fuimos al hospital y en cuanto me vieron me dijeron que tenía cuatro centímetros dilatados, iba muy bien. A las 12 de la mañana eran siete centímetros, iba todo de maravilla. Pero me pusieron oxitocina para acelerar el proceso y a las 6 de la tarde la fiebre hizo que me reventaran los labios y sangrara. Las contracciones no eran rítmicas: tenía una, a los 15 segundos empezaba la siguiente, y después tardaba 5 minutos en tener otra. La dilatación era total y me decían que si tenía ganas de empujar lo hiciera sin miedo, que el bebé estaba demasiado alto. Yo ya ni me tenía en pie con la fiebre y no tenía ganas de empujar. Sólo dolores. Me llevaron al paritorio y se me subieron dos señoras encima a tratar de bajar al bebé. Yo ya no podía más. Trataron de sacarlo con ventosas¹⁷ pero mi bebé traía un hombro por delante, así que no había manera de colocarlo y en las contracciones se retraía. Entonces una enfermera detectó sufrimiento fetal, a lo que la doctora respondió: "¡Cómo no va a sufrir el feto con la madre que tiene que ni sabe empujar!". Me llevaron al quirófano y mi bebé nació por cesárea. Tenía neumonía y estaba muy grave, por lo que lo llevaron a la UCI (unidad de cuidados intensivos).

M.

La Coruña

"ESTUVIERON A PUNTO DE ACABAR CON MI SALUD MENTAL"

Yo tengo tres hijos, dos chicos y una chica. El primero nació por cesárea urgente cuando ya estaba en dilatación completa. Dijeron que había sufrimiento fetal. Yo creo que el sufrimiento lo produjeron ellos, los que me rompieron la bolsa, me pusieron un enema, oxitocina a chorro y epidural infectiva, monitorización interna y además pincharon a mi hijo en la cabeza varias veces. Los que no me dejaron moverme de la cama en todo el rato y me chillaron por no haber hecho la preparación al parto y "no saber empujar".

Yo tenía veinticinco años y estaba en segundo año de psiquiatría. Por desgracia había optado por parir en un hospital y pedir la epidural, que dentro de mi ignorancia consideraba una conquista feminista. En mi paso por la Facultad de Medicina sólo aprendí todas las posibles complicaciones del parto. Nunca nadie nos explicó que muchas de esas complicaciones son iatrogénicas. Simplemente nos contaron que el parto es algo peligroso. Me quedé mal, tan mal que tardé mucho en entender lo que me había pasado. Afortunadamente conocía ya a unas mujeres extraordinarias en la asociación Vía Láctea, que además de ayudarme con la lactancia me fueron abriendo los ojos en muchas otras cosas.

Dos años después nació mi segundo hijo. Esta vez yo estaba en mi último año de psiquiatría. De 37 semanas y haciendo guardias, urgencias donde me tocaba ver de todo, hasta pacientes completamente agresivos. En algún momento ellos, que parecían locos, me preguntaban "¿Y usted qué hace aquí doctora a las 4 de la mañana atendíendome a mí si está tan embarazada?". La sensatez de la que carece nuestro sistema nacional de salud. Bueno, pues a las 37 semanas mi hijo se puso con una taquicardia grave, detectada de casualidad en un registro de rutina, y yo, que estaba trabajando, me tuve que quitar mi bata de médico y meterme en un quirófano con el tiempo justo de avisar a mi marido que hacían una cesárea urgente. Nada más nacer se lo llevaron a la UCI: Apgar de 4 y 6. Realmente estaba mal, respiraba fatal. Tardó cuatro días en empezar a respirar bien. No me dejaron cogerlo en brazos hasta su séptimo día, aunque el día antes un ángel de la guarda que trabajaba en la UCI me dejó abrazar a mi hijo a las 6 de la mañana con la condición de que no se enteraran los médicos. Salió de alta a los doce días. Fue muy doloroso. Pienso que en este caso la cesárea sí fue necesaria.

Dos años y diez meses más tarde nació mi hija. Para entonces yo ya era adjunta de Psiquiatría en el mismo hospital. Sabía que mi primera cesárea había sido innecesaria. Mi gine dijo que programáramos la tercera cesárea y la ligadura. Yo rebusqué todos los artículos médicos y libros en inglés y vi que lo de la rotura uterina sin oxitocina es casi imposible y le dije a mi médico que

intentaría parir. Me dijo que bien, pero que él no me aseguraba que si llegaba al hospital de parto y él no estaba no me harían la cesárea nada más entrar por la puerta. Dilaté en casa con una matrona de Nacer en Casa. Fue precioso y lo disfrute mucho. Llegue al hospital y estaba en dilatación completa. Me insultaron, me humillaron, me maltrataron y estuvieron a punto de acabar para siempre con mi salud mental. En veinte minutos decidieron que yo no colaboraba y que mi pelvis era estrecha —no se les ocurrió una excusa más original—. Me pusieron una anestesia general y me rajaron. De propina me cortaron la vejiga. A mi hija la subieron a la UCI de neonatos, aunque estaba perfecta, alegando que “era hija mía” y que por eso le daban ese trato tan maravilloso. A mí me pusieron morfina y pasé la noche colocada y drogada y sintiéndome en el cielo. Una humillación más. Y lo pasé fatal. Y aún me duele. Y fue horrible. Y cada vez que lo recuerdo mi cuerpo tiembla.

Después encontré una lista en inglés en Internet donde me ayudaron a curar mis heridas y casi a la vez creé la lista “apoyo cesáreas”. Dejé el hospital porque ya no podía soportar más la violencia. A la lista van llegando mujeres heridas, con historias muy duras, y parece que poco a poco estamos empezando algo. Al principio nos cuesta hablar de todo esto, reconocer que fuimos violadas, pero cada vez nuestra voz se oye más alta y más clara.

I. O.

Médica psiquiatra. Zaragoza

NOTAS

1. Para más detalles, véase Capítulo 5: “Abordaje Corporal-Emotivo”.
2. *Nacimiento renacido*. Obra citada, pág. 41.
3. La vulva empieza a redondearse porque desde adentro la cabecita del bebé va empujando, y los labios de la vulva se entreabren. En cada pujo un poquito más y más protuberante es la redondez. Esto es “abombar”. Si no se hace una episiotomía para apurar, este proceso dura algu-

nos minutos hasta que la cabeza esté casi afuera, rodeada por los labios de la vulva: como una corona.

4. Véase Anexo: “Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y posparto”.

5. Véase Anexo: “Controles, procedimientos y rutinas durante el embarazo, el parto y el nacimiento”.

6. Estudio publicado en el matutino *Clarín*, el 16 de noviembre de 2003.

7. *El bebé es un mamífero*, Mandala Ediciones, Madrid, España, 1990.

8. Roberto Caldeyro Barcia fue médico, investigador y fundador del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de Montevideo. A mediados del siglo XX se convirtió en un pionero mundial en su tema (se llegó a hablar de “La Escuela Rioplatense”). Falleció hace algunos años, pero el CLAP sigue funcionando, formando gente e investigando y difundiendo sus descubrimientos en perinatología.

9. *Tecnologías de parto apropiadas*. OMS, 1985.

10. Estadísticas confeccionadas sobre la base de los libros de partos de las instituciones.

11. Datos suministrados por parteras hospitalarias.

12. Smith, James y Hernández, César. “Herida fetal en el parto por cesárea”, *Obstet. Gynecol.*, 1997; 90: 344-6.

13. Hace algunos años, en un congreso de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), asistí a una mesa redonda sobre “El parto después de la cesárea”. Un obstetra expuso lo mismo que acabo de relatar y después concluyó: “Pero acá *no nos animamos* a intentar atender un parto después de una cesárea”. Y en otra ponencia se afirmaba que el único lugar en donde era posible hacerlo era en un hospital público. Por cierto, no argumentaron por qué.

14. Véase “La violencia”, en el Capítulo 3.

15. <http://www.elistas.net/lista/apoyocesareas>

16. España es un país con un modelo institucional de parto altamente medicalizado. En la ponencia expuesta por el pediatra Mardsen Wagner en el I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, citadas en las páginas 63 a 65, éste señala: “Los científicos probaron hace más de veinte años que colocar a una mujer sobre su espalda en la segunda fase del parto es la peor de todas las posiciones posibles, sin embargo

se coloca a las mujeres en esta posición en prácticamente todos y cada uno de los hospitales de España. El corte para abrir la vagina durante el parto (episiotomía) nunca es necesario en más del 20% de todos los partos, y la ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado y causa más disfunciones sexuales a largo plazo.[...] El índice de episiotomía del 89% en España constituye un escándalo y una tragedia. En lo que respecta al parto quirúrgico, no más del 10% de los bebés necesitan del uso de fórceps o ventosas para nacer, pero en los hospitales españoles un 18% de los bebés nacen con estos instrumentos quirúrgicos no exentos de riesgos. Tomando como referencia la mejor evidencia científica, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que no haya más de un 10% de cesáreas en hospitales generales y no más de un 15% en hospitales especializados. Sin embargo, en España hay un 23% de cesáreas en los hospitales públicos y un 31% en los hospitales privados”.

17. La ventosa, o *vacuum extractor*, se coloca en la cabeza del bebé aún no nacido y se adhiere por aspiración. De este modo, el médico, tirando, extrae al niño. Funciona en reemplazo del fórceps. En la Argentina no se utiliza porque cuando lo trajeron, hace muchísimos años, produjo daños severos: hemorragias intracraneanas y desprendimiento de cuero cabelludo del bebé. Esto generó tanto miedo en los profesionales que se descartó.

Capítulo 3

Las emociones

“Partirse” para dar lugar al milagro

Cuando una mujer se entera de que está embarazada se le mueve el mundo. No sólo por lo que pasa dentro de su cuerpo, que está en pleno cambio, sino por cómo se instala ella en el afuera. Empieza a funcionar de una manera completamente distinta. Quizá no sea tan visible para los otros, pero ella tiene sentimientos nuevos y poderosísimos. Es como una sensación de: “Me están pasando cosas milagrosas. Los demás tienen que saberlo, ocuparse, cuidarme. Soy portadora de una nueva vida”. Le aparece la conciencia de estar gestando a otro ser. Al comienzo sabe que está embarazada pero se mira al espejo y no ve nada nuevo. Después el cuerpo empieza a cambiar y se pone “cuadradito”, parece que no tiene más cintura, y los pechos le duelen, pero en el interior no siente nada. De pronto empieza a crecer la panza. Y alrededor del cuarto o quinto mes ya siente los movimientos del bebé. Y la percepción de este pececito que está allí, la constatación de que hay vida dentro, es alucinante.

Por eso creo fervientemente que el embarazo y el parto son lugares de mujeres. ¿Cómo puede un médico varón transmitir lo que se siente cuando empieza a moverse el niño dentro del propio cuerpo? ¿Cómo puede entender la menstruación? La sangre para ellos es “¡Ahhhh!”, mientras que para nosotras es habitual. Está incluida en nuestra vida. Es el signo de nuestro género, de que podemos alojar una vida nueva: el signo de nuestra sexualidad.

En el parto, este cuerpo embarazado va a ser dos cuerpos. Pasará a ser un otro afuera. Será la muerte de una parte propia y el nacimiento de otro. Cada parto, en este sentido, sigue resultándome maravilloso. Yo toqué a ese bebé antes de nacer a través de la panza de su mamá y lo vi moverse en el vientre. Y cuando sale al mundo no puedo evitar pensar y sentir que es la consecuencia de un proceso complejo, no sólo de lo orgánico y lo emocional, sino también de lo espiritual. ¿Cómo es posible que de pronto aparezca un otro desde una? ¿Qué lo anima? ¿Cómo tiene una vida separada? Pero no tenemos explicaciones, quedamos mudos frente al milagro.

Las mujeres suelen hablar de “abrirse” y “quebrarse” cuando se refieren a sus partos. Como si fueran de verdad a romperse para que pasara el niño. He escuchado decir a embarazadas a punto de dar a luz: “Me parto, me rompo”. Es la sensación de que algo se destruye, se abre, y de que existe —aunque con los avances científicos hoy sea prácticamente imposible— el riesgo de que mueran para que ese otro nazca. Tal vez sea así: quizá muera la mujer que la habitó hasta ese momento y surja otra diferente.

Una mamá que escribió el relato de su parto decía: “En ese momento entendí todo, y después volví a ser yo. Ahora no sé qué quiere decir ‘entendí todo’, pero en ese momento

tuve la sensación de que mi cabeza se había abierto cósmicamente”. Otra, mientras trataba de no pujar, decía: “Me parto, me parto”. Y después de que nació su hijo lo miraba, y miraba a su cuñada y a la amiga que la habían acompañado y decía, con la mirada alucinada: “No se puede creer”. Ella no tuvo ni un desgarro, el partirse no tenía que ver con el periné, sino con: “Me quiebro yo, persona, un pedazo de mí pasa a ser otro”. Esta sensación la tienen sobre todo las primerizas, o las que vienen de cesáreas anteriores. Suelen tener períodos expulsivos muy lentos, porque hay que decidirse a dejar salir al bebé. Para muchas esto es difícil. Lo llevaron nueve meses dentro de sí mismas y soltarlo es, como dijimos, dejar que una parte de ellas muera.

Para el segundo parto, desde lo profundo de sí mismas —no desde lo consciente—, saben que no se van a morir ni a partir, hay una cantidad de fantasías que ya no tienen, entonces suelen ser más rápidos. Pero la que lo atraviesa por primera vez tiene mucho que resolver en este retener o soltar. Fantasmas como: “Si este bebé es producto de mi sexualidad, ¿qué cosas de ella pueden aparecer en él?”, “cuando salga ¿me dejará la capacidad de tener otro?”, o la fantasía de un niño no normal. Por todo esto digo que el parto es la crisis vital más fuerte que atraviesa una mujer. Deja de ser la que era para ser otra: primero es ella sola, después ella con su bebé adentro, y finalmente ella sola nuevamente pero con un hijo.

Muchas sienten que si atravesaron una experiencia semejante, pueden atreverse a lo que sea en sus vidas. Se sienten poderosas. El poder de parir las transforma. De esta sensación de poder surgió, a mediados de 2000, en nuestro país, Dando a Luz,¹ una organización no gubernamental que lucha por el derecho de las madres a un parto respetado y seguro. Se formó a partir de un grupo de mujeres que había te-

nido hijos recientemente, llenas de energía, que dijeron "Si nosotras pudimos hacerlo de esta manera, ¿por qué no van a poder las demás?".

El cuerpo embarazado

Desde el punto de vista orgánico, las mujeres tienen un cuerpo preparado para gestar vida. Pueden gestar un niño durante nueve meses, y después dar a luz. Si se lo piensa racionalmente, es un milagro que de pronto se encuentren dos células, microscópicas, y que sin que intervenga el cerebro pensante, ellas se reproduzcan y encuentren el modo de alojarse y crecer. Este nuevo ser va a obtener de su madre todos los nutrientes que necesite, y lo hará a costa de ella si es necesario.

Está documentado que en épocas de guerra, cuando la hambruna es grande, las mujeres tienen bebés con cien o doscientos gramos menos que en tiempos normales. Pero las que quedan mal nutridas después del parto son las mamás. El bebé tomó todo lo que necesitó durante el embarazo. El útero, que pesa setenta gramos, crece durante diez meses lunares hasta pesar un kilo y medio.

Durante el embarazo, los órganos que están alojados en el abdomen se van deslizando para hacerle lugar. Los intestinos hacia atrás, el estómago hacia arriba, los músculos se elongan tremendamente, las fibras de la piel se estiran tanto que a veces algunas se rompen y hay estrías. El cuerpo tiene que albergar a un niño de aproximadamente tres kilos, además del líquido amniótico, la placenta, el útero. Es un límite fisiológico.

En el parto hay un estallido múltiple, una impresionante alteración hormonal. Es como una imagen de fuegos arti-

ficiales, porque suceden muchísimas cosas. Van a aparecer contracciones que nunca antes existieron. En el momento del nacimiento el cóccix se articula hacia atrás. Es el único momento en la vida de una persona en que tiene movimiento.

Inmediatamente después del alumbramiento, el cuerpo, que hasta hace muy poco estaba tomado por el dolor, empieza una involución a enorme velocidad. En pocos días el útero vuelve a medir siete centímetros, y en un mes y medio o dos los músculos del vientre vuelven a ser planos y la piel se reacomoda.

Una mamá decía, tiempo después de su parto, que su cuerpo ya no era el de una embarazada, y tampoco el de antes de embarazarse. Por suerte era un nuevo cuerpo.

Regresión

Es habitual que durante la gestación las embarazadas se identifiquen con el niño que llevan. Ellas mismas son como bebés que necesitan ser cuidadas, protegidas, "maternadas". Y también es posible que se identifiquen con sus madres. Esto se profundiza en el parto. A medida que van soltando el control de sus emociones, se ponen más y más regresivas.

He visto a una parturienta, médica, arrodillada en la camilla de la sala de partos, chupándose el pulgar y sacándose-lo cada tanto para decir "quiero Coca-Cola". No estaba loca, estaba muy regresiva. Ella sabía que su familia estaba esperando fuera de la sala de partos, entonces cada tanto se daba vuelta y le decía al marido: "Decile a mi mamá que me traiga Coca-Cola".

Otras se expresan con la cara y el cuerpo para que las acunen y las cuiden. Necesitan algo muy continente, otro útero que las pueda contener a ellas.

Discutí alguna vez con otras parteras cuál es el límite de nuestra función en estos casos. Si las apoyamos en lo regresivo o les dejamos un espacio para que puedan hacerse cargo de que son adultas y están pariendo. Cada vez estoy más convencida de que lo mejor es acompañarlas en lo más instintivo y profundo. Porque, además, este ciclo regresivo se cierra. Una gestante puede estar perdida necesitando que el marido la abraza y la sostenga, pero al ver al recién nacido pone cara de sorpresa, repite permanentemente: "No lo puedo creer", lo toma entre sus brazos, empieza a mirar a todo el mundo, y ya está. Volvió. Pero si los que estamos afuera no sabemos esto —y la gran mayoría de los profesionales no tiene idea de que esto ocurre—, vemos a una mujer succionándose el dedo en la sala de partos y decimos: "Se está volviendo loca". Y, ¿qué hacemos con una mujer que se vuelve loca?, ¿cómo hacemos para que vuelva a la normalidad? Ahí aparece el temor que tanto daño hace.

En cierta ocasión, estaba con una parturienta en la habitación de un sanatorio. Se bajó de la cama y me dijo: "Me voy". En lugar de decirle: "¿Cómo te vas a ir? Pensá que...", le dije: "Bueno, yo me voy con vos, te acompaño a donde quieras". Si le hubiera dicho "Pensá que...", hubiera apelado al neocórtex, a su cerebro consciente, y hubiera sido un desastre. Ella empezó a caminar en camión rumbo al ascensor, y yo con ella. Y en la puerta del ascensor dio vuelta, me miró, y volvió. Se dio cuenta de que el parto "estaba" en ella, era ella, y que se lo llevaría consigo. O sea, no estaba afuera de la realidad.

Si todos los que estamos afuera supiéramos que esta "locura" es un camino de ida y vuelta, el trato hacia ellas probablemente sería más comprensivo y compasivo, menos influido por el temor al descontrol ajeno pero también al propio. Por eso insisto en que las mujeres "no tienen que portarse bien" en los partos. En los grupos de Abordaje Corporal-Emotivo trabajamos mucho para que ellas aprendan a "soltar el control". Y a sus parejas les queda claro que "si las ven perdidas", eso es lo que ella necesita, y que sin duda luego volverán a estar como siempre. De modo que no hay por qué asustarse.

El dolor: la posibilidad de irse "a otro planeta"

Uno de los grandes temas del parto es el dolor. Las embarazadas llegan con temor sin saber cuál es la dimensión del mismo. Y esto tiene que ver con dos grandes malentendidos: la información de que es posible parir sin dolor y, a la inversa, que es imposible de tolerar. Ninguna de las dos cosas es cierta.

Puede haber partos con sensaciones muy leves, pero el dolor nunca está ausente. A las mujeres que me dicen que ni lo sintieron les pregunto: "¿Dónde nació tu niño?". "En la clínica" me contestan. "¿Y por qué fuiste a la clínica? Si no lo hubieras sentido, ni te hubieras enterado de que estabas pariendo." Los partos son "con dolor", pero éste es muy especial: intermitente, no permanente. Coincide con cada contracción, pero cuando ésta pasa, desaparece y esto es lo que lo hace tolerable. Además, cada una dura menos de un minuto. Saberlo aumenta mucho las posibilidades de tolerarlo. Por otra parte conlleva goce. No hablo de placer, es

otra cosa. Es como cuando una tiene relaciones sexuales y le duele, pero dice: "Seguí, seguí, más...". O como cuando hacemos gimnasia después de mucho tiempo, y al día siguiente sentimos el cuerpo dolorido. Uno no dice "¡Ay... no puedo más!", sino más bien: "Mmm... ¡qué lindo!, ¡qué placer!, siento todo el cuerpo". Esa sensación, mil veces más intensa, es la que tiene una mujer en el parto. Percibe cómo todo se abre para dejar pasar al bebé: la molestia, la alegría y el goce van juntos. Es algo indescriptible. Por eso creo que para ser partera es necesario haber pasado por ello alguna vez.

Si le hablo del dolor con goce a cualquier mujer que ya lo haya transitado, aunque éste haya sido horrible o traumático, me va a entender. Porque después de esa experiencia, inevitablemente una se queda reviviendo estas sensaciones tan potentes.

Las mujeres sin hijos suelen tener como referentes una fuerte dolencia de garganta, de estómago, un posoperatorio o un hueso roto. Todos referidos a patologías. Y al dar a luz, se encuentran por primera vez con un tipo de dolor, tal vez el único que existe, que es fisiológico, que forma parte de lo natural, que no es un síntoma de que algo está dañado en el organismo, y que además puede vivirse placenteramente. Esto para ellas es una experiencia impensada hasta que no la atraviesan.

En junio de 2001, durante el Tercer Curso Internacional de Anestesia y Analgesia Obstétrica, un médico dijo que el nivel de sufrimiento del parto era como el del cáncer. Éste es un terrible mensaje de muerte. No sólo por las connotaciones de una enfermedad como el cáncer sino porque se considera que los padecimientos que producen algunos tumores son los más penosos de soportar, y no hay en ellos ningún tipo de goce. Si una embarazada escucha algo así, la informa-

ción subliminal que recibe es: "Lo que vas a sentir es tan fuerte y horrible que vas a tener ganas de morirte". Y detrás viene otro: "Mejor ni lo intentes. Hagamos una peridural antes de que te sientas peor". Esto fue "informado" en ese curso a un grupo muy numeroso de obstétricas que no dudaron de que estos "doctores" tuvieran razón. Y ellas mismas se convirtieron, sin ser conscientes, en las difusoras de datos que conducirán a una analgesia peridural ¡siempre!

El dolor del parto no es un aviso de que hay algo en el cuerpo que no anda bien, sino de que el cuello del útero se está abriendo para que nazca el bebé. Todo indica que esta sensación en el parto es normal. Parece que siempre ha sido así. Si observamos parir a un mamífero también lo veremos.

Creo que el sentido es permitirle a la mujer hacer el proceso fenomenal de desestructuración que significa el parto. Ella se tiene que abrir para darle paso a otro ser, y tiene que experimentar sensaciones muy intensas para darse semejante permiso.

Como el dolor del parto no es constante, se sumerge treinta segundos en la contracción y después pasan cinco, tres o dos minutos en los que no lo tiene. Este oleaje en el que se zambulle de a poco, y con tiempos de descanso, es lo que le permite hacer el camino.

Creo que la sensación de romperse, dejar salir a otro, y rearmarse, invade todo el ser de la mujer. Por eso después vienen los famosos cuarenta días de puerperio. No son sólo el útero y los demás órganos los que tienen que volver a su lugar, es también ella la que tiene que volver a estructurarse. El parto es una bisagra en su vida, y un punto fundamental de esa inflexión es atravesar el dolor.

Cuando sentimos el dolor a nivel físico solemos quedarnos quietos, retraernos. Lo mismo ocurre a nivel emocional,

nos “metemos para adentro” y dejamos de prestar atención a cualquier cosa del afuera. Perdemos hasta la noción del frío o del calor. Genera un estado alterado de conciencia.

Cuando una gestante pare, se desprende de una parte del propio cuerpo. Aun cuando intelectualmente sepa que el niño es otra persona, separada de ella, él está adentro, forma parte de su mamá hasta que nace. Entonces, ¿cómo hace una parturienta para dejarlo ir, para desprenderse de una parte de sí misma? Tiene que soltar el control, y la única manera de lograrlo es “entrando en otro mundo”. Esa posibilidad se la da el dolor. El estar “como en otro planeta”, ausente de pensamiento. Esto facilita que el cerebro troncal se despliegue libremente, que fluya sin contradicciones. Al ocurrir esto, los que estamos afuera —el marido y el equipo obstétrico— tenemos que entenderla y acompañarla. No sólo no sirve de nada que le digamos: “Mirame, pensá en lo que te estoy diciendo”, sino que esto puede constituir una seria perturbación para su proceso de parir.

A una parturienta sumergida en esa intensísima sensación no se le puede pedir que piense, para eso estamos los otros. Ella tiene que poder fluir en sus vaivenes. Al empezar el trabajo de parto, la percepción es muy suave. Las contracciones se presentan cada cinco minutos más o menos, y ése es el ciclo del dolor de la futura mamá. En esos cinco minutos en los que no las tiene, se conecta nuevamente con el afuera. Puede mirar a su marido y decirle: “No te olvides de que dejé colgada la ropa en la terraza. Y, ¿sabés qué?, yo le dije a mi mamá que pagara la cuenta, ay, ay... esperá que viene una..., esperá”. Se pierde durante unos treinta segundos y vuelve y retoma la conversación donde la dejó. Es un tiempo en el que está en condiciones de caminar, salir a dar una vuelta, cocinar, hacer cualquier cosa que la distraiga. Pero a

medida que las contracciones sean más frecuentes, ya no va a estar tan conectada con la realidad, y es muy probable que se quede como perdida. Lo que necesita en ese momento es alguien que haya estado atento a su proceso y que pueda sugerirle cosas bien concretas: si quiere tomar agua, si quiere ir al baño porque quizá hace bastante que no orina, si tiene ganas de tomar helado. Alguien que la cuide, entendiendo lo que le está pasando. Cuando los maridos están comprometidos con el parto, este rol suelen desempeñarlo ellos, porque además son quienes mejor conocen a sus mujeres. Si ella necesita una caricia, un masaje, sabrán dónde le gusta más que se lo hagan, o lo mismo con la comida o con la mejor forma de distraerla.

Puede ocurrir que el dolor sea tan intenso, y la mamá esté tan asustada, que se transforme en sufrimiento. Es decir: dolor al que se suma angustia, miedo y maltrato. Quizá en vez de salir se queda en una sensación de padecimiento constante, porque no tiene tiempo de emerger cuando ya llega la próxima.

Una de las múltiples estrategias para ayudarla es sugerirle cosas para que vuelva entre contracción y contracción: “Abrí los ojos”. “Mirá para afuera.” “Mirame.” “Tocate la panza.” “Prestá atención. ¿Te está doliendo?” O sea, llevarla al nivel del pensamiento, del neocórtex, cada vez que termine una. En cuanto venga la siguiente se perderá de nuevo, y cuando pase estaremos otra vez trayéndola al aquí y ahora para que pueda tolerar el proceso. Lo contraproducente es cuando se le pide que esté todo el tiempo consciente de todo: jadear de determinada manera, relajarse, etc. Y esto hacen sistemáticamente la gran mayoría de los profesionales.

En las instituciones, la analgesia peridural es una rutina más. En realidad, las alientan a pedirla y aceptarla. Les dicen

por ejemplo: "En el siglo XXI no hace falta sufrir" o "Ya viene el anestésico, no te preocupes que te va a calmar". ¿A quién va a calmar? ¿No habría que calmar a quienes tienen que acompañarla, que no toleran que ella exprese lo que siente? Como los grandes tabúes actuales de la medicina son el dolor, la locura y la muerte, se da por descontado que tenemos que eliminarlos, que nadie que esté en sus cabales querrá algo así.

También es cierto que muchísimas mujeres no cuestionan el procedimiento. No se les ocurre pensar que junto con la eliminación del dolor les están anulando la posibilidad de sentir y gozar. E incluso hay algunas que piden la anestesia apenas empieza el trabajo de parto, porque quieren que todo sea "rápido, fácil, sin molestias". Este distanciamiento de lo más primitivo de sus sensaciones las lleva a veces a programar, junto con los obstetras, las cesáreas. Prefieren someterse a una intervención de cirugía mayor antes que atravesar una intensa sensación que tendría connotaciones radicales en sus vidas. En gran parte son responsables de no estar suficientemente informadas sobre lo que significa cada intrusión durante el proceso emocional y fisiológico del parto; pero es cierto que llevamos décadas escuchando las campañas de la medicina convencional que trata de convencernos de que el dolor es un terrible enemigo.

Cuando a una gestante le inyectan una peridural, la desconectan del dolor, del goce, del placer, de su poder y del vínculo con el bebé. Los efectos de la desconexión emocional causados por la utilización indiscriminada de esta analgesia son agudos. Si tenemos la suerte de vivir en una época en que la ciencia y la técnica nos pueden evitar muertes y daños, creo que deberíamos saber utilizar con discreción esos poderosos recursos. Las contracciones son generadas por la

oxitocina. Serán más o menos dolorosas de acuerdo con cada embarazada, pero al surgir de sus propios cuerpos, ellas están en condiciones de tolerarlas.

He descrito hasta aquí el proceso fisiológico. Si se les coloca un goteo —que no es otra cosa que la misma hormona pero sintética— se modifican el ritmo y la intensidad de las contracciones propias, acentuándolas, y el proceso se vuelve en contra. Al estimular el útero artificialmente, éste se contrae más, provocando que el espacio entre contracción y contracción pueda llegar a ser casi inexistente. Esto es difícil de soportar para una mujer, porque viene de afuera, y deja de ser gozoso por la abrumadora continuidad y la tremenda intensidad.

El bebé tampoco tolera estas contracciones excesivas, porque si son demasiado frecuentes disminuyen el flujo de oxígeno. Cuando se producen cada dos o tres minutos, tanto él como la mamá se relajan y oxigenan. Pero si son continuas no hay tiempo, se alteran los latidos de su corazón —sufriamiento fetal— y lo que era un parto normal se transforma rápidamente en una necesidad de cesárea.

Por otra parte, las situaciones placenteras hacen que el cuerpo genere endorfinas que disminuyen el dolor. Estos momentos de placer son los que la medicina convencional no sabe manejar ni encarar, ni siquiera los considera en la evaluación de un mejor parto. Pero no hay nada tan sencillo como darle placer a otro. Y retomo el rol de los maridos en esto. Una mano que acaricia, un cuerpo que contiene, un baño de agua tibia, música suave, una sonrisa, una vuelta por el parque, tomar un helado, son algunos de los muchos "analgésicos" naturales que pueden usarse con una embarazada para disminuir su nivel de ansiedad y dolor. Y nadie conoce a estas mujeres mejor que sus varones para saber

qué les da más placer. En este punto la sabiduría suelen tenerla ellos.

La sexualidad

El parto es un hecho sexual. Una pareja se excita y "hace el amor", y el resultado es la concepción. Una célula de ella y una de él se unen para dar lugar al crecimiento de un nuevo ser. El producto de la concepción es una nueva personita que está constituida por la mitad de la carga genética de cada uno de sus padres. Es como si la relación sexual primigenia, en la que se produjo la concepción, pudiera perdurar en el tiempo por la existencia misma de este nuevo ser. Como si de alguna manera el niño dijera: "Mi presencia evidenciará por siempre que mis padres han tenido una relación sexual". Hay una unión, indisoluble, de este varón y esta mujer en este niño.

Imaginemos a una mujer en la sala de partos. Vamos a ser benévolo con las instituciones y a decir que está sentada, no acostada, y a punto de parir. Quienes estamos ahí sabemos, en un nivel más o menos consciente, que existió un coito fecundante hace meses. Pero además, ese niño va a atravesar los genitales de su madre para poder salir al mundo. Y frente a esos genitales hay un obstetra, hombre o mujer, que tiene guantes puestos, listo para introducir los dedos en la vagina, que está públicamente expuesta para todos los que estamos en la sala —la obstétrica, el neonatólogo, la enfermera, siempre al menos unas cuatro personas—. Sin embargo, estamos frente a una situación evidentemente sexual. El embarazo se desarrolla íntegramente dentro del aparato genital femenino: el útero, la vagina y la vulva. Todos estos

órganos se van modificando en su transcurso, y en el parto esta transformación se hace completamente visible y perceptible: la vulva se entreabre porque los labios están hinchados, la vagina se modifica para permitir el paso del bebé, y también el cuello del útero cambia enormemente: se reblandece y acorta.

¿Qué me pasa a mí, mujer, partera, frente a esta otra mujer que está ahí sentada con su genitalidad expuesta? Yo estoy poniendo los dedos en su vagina y esto, en alguna parte, me moviliza emociones diversas. No hablo de pensamientos morbosos sino de su sexualidad y la mía, lo que yo siento sobre mi sexualidad al estar metiéndome con la suya. Por eso siempre uso guantes, aunque ella esté a punto de parir en una bañera. Significa simbólica y concretamente poner una distancia entre mi cuerpo y el suyo, una distancia que para mí significa también respeto por ella y sus emociones. De todas formas soy muy cuidadosa con los tactos, cuantos menos, mejor; prácticamente no los hago.

Hay videos de nacimientos en el hogar en donde la mayor parte del tiempo se me ve gateando con una linterna, alumbrando la vulva de la futura mamá desde abajo. Lo que veo muchas veces me resulta suficiente, no necesito estar tocando. Y además tengo mucha información por la expresión de esa mujer, su voz, sus actitudes.

Si empieza a haber secreciones mucosas y la vulva se entreabre, es probable que pronto aparezca la cabecita del bebé. ¿Qué habría ganado con estar metiendo los dedos para ver cuánto faltaba? Eso hubiera tenido que ver más con mi ansiedad que con lo que había que hacer para el buen desarrollo de ese parto. Obviamente que estoy ansiosa, como todos los demás que nos hallamos ahí, pero me hago cargo y lo reconozco.

Cuando veo que el bebé está naciendo tampoco manipulo su salida. Espero, hasta que puedo sostenerle la cabecita para que no salga violentamente. Siento una identificación con esa mamá. Tengo mucho respeto por sus genitales. ¿Por qué voy a hacer lo que a mí no me gustaría que me hicieran?

Los médicos varones también tienen reacciones frente a la sexualidad de estas mujeres. Nunca lo hablé detenidamente con ellos, pero muchas veces he escuchado sus conversaciones sobre el tema y también los he visto actuar. Les produce diferentes efectos: desde tener erecciones hasta ponerse terriblemente agresivos con los maridos de las parturientas para no sentir tanta culpa por estar metiéndose con la genitalidad de sus mujeres. Creo que estas sensaciones y emociones que sienten son la razón por la cual en algunos lugares todavía está restringido el acceso de los futuros padres a la sala de partos. En realidad no hay ningún motivo para que ellos no puedan entrar. Al contrario, la ansiedad de la madre baja muchísimo cuando está acompañada por alguien querido. Estos esposos quizá hagan algún tipo de bloqueo emocional para tolerar la situación. Hace muchísimos años un tío mío decía que no podía entender que los maridos estuvieran presentes allí, que si él tuviera que ver el parto de su mujer no podría volver a tener relaciones sexuales con ella. Creo que hay una sublimación por parte de los varones de su rol en esa instancia, para poder tolerar esta "intromisión" con la genitalidad de su esposa. Ellos se sienten partícipes, saben que tienen un lugar importante. Y en mi propuesta esto es así. No los invito a "presenciar" el parto, sino a comprometerse, a ser protagonistas.

Si bien considero que es un asunto de mujeres, también creo que sus compañeros tienen en él una función fundamental, porque vivimos en sociedades con familias peque-

ñas donde valoramos más a la pareja que a las madres de las parturientas. Por lo general, a quien más necesita una gestante es a su marido. Cuando en un hospital público permiten que él entre, la situación que se produce suele ser de mucha agresión: no lo dejan pasar hasta el final del período expulsivo, de modo que encuentra a su esposa con las piernas abiertas, atadas y colgadas de unos soportes, con mucha gente alrededor, mucha sangre, gritos y el bebé que asoma. Es como para que cualquiera se caiga al piso. El lugar común es decir después: "¿Ves que los maridos se desmayan?". Ante semejante cuadro, lo mínimo que le puede pasar a él es impresionarse. Es una imagen difícil de tolerar. Otra cosa sucedería si la acompañara durante todo el trabajo previo en la habitación y después fueran juntos a la sala de partos. Tampoco sería lo mismo si el compañero tuviera información y supiera lo que está pasando. A medida que la tensión del parto subiera (como en un orgasmo), él la podría compartir adecuadamente.

El nacimiento es una explosión. Y hay una gran diferencia entre haber estado allí durante todo el proceso y entrar en el momento mismo del estallido. En los partos que asisto, habitualmente los futuros padres están todo el tiempo juntos. Por eso para mí no es relevante saber si van a parir en un sanatorio, si hay sillón de parto o no. Porque si hace falta sentarla a ella y sólo tenemos camillas, lo que hacemos es sugerir que él se coloque detrás y que soporte con su cuerpo la posición vertical de su mujer. De esa manera también la sostiene. Son casos en los que el compromiso es diferente, y nunca vi a un obstetra habituado a este tipo de asistencia tener actitudes agresivas o, al revés, de complicidad hacia el marido, para poder salvar la incomodidad de la presencia evidente de la sexualidad.

A veces, entre el obstetra varón y el padre se establece un vínculo competitivo inconsciente. Y esto aparece después sublimado en alianzas tampoco del todo conscientes. Me pasó varias veces que terminara el parto y el obstetra, antes de suturar la episiotomía, le preguntara al marido: "¿Cómo querés que te la deje? ¿Como una de quince años?". Tuve montones de peleas por esta frase. Primero cuestionándole al obstetra por qué le pregunta a él, si los genitales son de ella. Pero además, ¿de quince? ¿Qué significa eso? Es una barbaridad. Cuando una atravesó toda una vida, ¿qué interés puede tener en que su vulva sea de nuevo como cuando tenía quince años, cerradita? ¿Para placer y beneficio de quién? ¡Seguro que no del de las mujeres! Comenté esto en grupos de embarazadas y todas coincidieron en lo mismo: "¿Quién quiere volver a la virginidad? ¡Por favor!".

Esta alianza de poder masculino funciona muchas veces desde antes del parto, cuando hay que empezar a tomar decisiones importantes. El obstetra se sienta con la pareja y dice, por ejemplo: "Por como están las cosas, creo que habría que hacer una cesárea esta tarde. ¿No te parece, Juan?". El marido se pone junto con el obstetra en el lugar de cuidar a su mujer, y ella queda excluida de las decisiones. Prima la alianza racional de estos dos varones por sobre el deseo de la futura mamá. Obviamente las obstétricas también quedamos fuera de estas decisiones. Ni siquiera somos consultadas. No ya en medio de esa conversación, sino que los esposos no tienen opción de hablarlo con nosotras. En estos casos, nuestra posición es bien difícil: o acordamos... o acordamos. Al menos frente a esta pareja que va a parir. Porque no hay manera de decirles, sin que quede en evidencia nuestro enfrentamiento ideológico con el obstetra: "Esperen un poco. La cesárea no es urgente. Tienen algunas horas para pen-

sarlo". No les serviría de nada percibir que hay conflicto dentro del equipo asistencial.

Por otra parte, los médicos, en general, están acostumbrados a tomar decisiones sobre lo que puede ser, o no, una patología. De manera que dudan poco y consultan menos. Si quien está al frente del equipo obstétrico es una partera (algo rarísimo, se podrían contar con los dedos de una mano las situaciones de este tipo en la Argentina), ella no va a hacer una alianza con el varón sino con la mujer, que es con quien debería hacerse porque es la protagonista del parto, la que pone el cuerpo y las emociones. Y el varón no va a sentirse mal porque otra mujer se meta con los genitales de su esposa. Y es que en algún lugar queda el resabio de que el parto fue, ancestralmente, un tema de mujeres. Y nunca debió dejar de serlo.

En los sistemas convencionales, las mujeres sienten que no se respeta su sexualidad. Una puérpera me contaba emocionada que cuando la obstetra la estaba por revisar, le dijo: "Voy a hacer un examen ginecológico, permiso". Era la primera vez que se lo pedían para meterse en sus genitales. Cuando los hombres están en la sala de partos y ven que sus mujeres están tan expuestas a la mirada y a la intromisión del equipo obstétrico, es probable que se sientan mal, es cierto, pero también hay que decir que seguramente no tienen registro de que esto podría evitarse.

Para que una pareja tenga la intimidad necesaria como en todo acto sexual, con la menor presión y exposición posible, creo que lo ideal es que el nacimiento sea en la casa. Pero aun si ellos deciden concretarlo en un sanatorio, podemos bajar las luces de la sala, procurar que allí esté la mínima e indispensable cantidad de gente, mantener la puerta cerrada y brindarles toda la tranquilidad y contención que necesitan,

evitándoles ruidos, gritos, ansiedad y tensión. Por eso, una opción que tendremos que tener en cuenta a futuro es la creación de casas de partos. O bien la reeducación del personal que está en las maternidades. Probablemente, si toman conciencia de la clase de acto del cual son testigos puedan tener el máximo respeto hacia la privacidad de los protagonistas.

El parto como límite entre la muerte y la vida

¿Qué sentimos nosotros, parteras y obstetras, frente a la muerte? Miedo, como casi todo el mundo. Un parto es el límite, la bisagra, donde se tocan (al menos en la vivencia interna de cada uno) la vida y la muerte. Se supone que estamos allí para ayudar a dar vida. Pero todos sabemos —los padres, nosotros, la enfermera, el neonatólogo— que la muerte de ese bebé, o quizá de la madre, es una posibilidad que existe. Remota, por cierto, si la comparamos con lo que ocurría hace doscientos años cuando no se contaba casi con elementos técnicos ni quirúrgicos para evitarla. Hoy, en un contexto urbano, la muerte en estos casos es poco frecuente. Pero sigue existiendo. Y este temor es ancestral. Sin embargo nuestra sociedad nos formó para evitar pensar en ella, para no aceptarla, para temerle.

Como la muerte y el dolor son dos de los grandes tabúes de la medicina actual, todo está preparado para evitarlos. Y si suceden, se desparraman culpas y responsabilidades. A veces hay negligencia, es cierto, y alguien debe hacerse cargo de lo sucedido.

Pero no me refiero a casos puntuales, sino al imaginario que nos invade a todos en la sala de partos. Es natural que la

embarazada esté asustada: del dolor, de que pase algo imprevisto o inmanejable, y finalmente de que en ese parto se jueguen la vida de ella o de su bebé. Pero a las mujeres se les niega este derecho —por algo se habla de partos sin dolor y sin temor—. Y también se nos niega a los profesionales que estamos ahí: las parteras y los médicos no deberíamos temer que pasara nada. Pero esta negación nos aleja de un sentimiento muy primario e imposible de evitar. Si los equipos obstétricos fueran capaces de detenerse un momento y mirarse a sí mismos cuando están atendiendo un parto, se darían cuenta de que tienen miedo. De que en ese lugar, allí mismo, revolotea una sensación de vida pero también de muerte. El paso siguiente sería hacerse cargo de ello para no actuarlo, ya que genera muchas de las intervenciones y cesáreas innecesarias.

Aunque todos sentimos en un nivel consciente o inconsciente este temor a la muerte, nadie nos enseñó a reconocerlo y a hacer algo con él. Desde la formación académica en adelante, no recibimos ningún tipo de conocimientos, de saberes, sobre esta cuestión fundamental. Ni los médicos obstetras, ni las obstétricas, ni las enfermeras.

Y si no encontramos por nuestros propios medios los caminos para revisar nuestras actitudes y sentimientos, para estar atentos, si no podemos cuestionar: ¿qué nos pasa? si ni siquiera podemos percibir que nos está pasando algo, vamos a actuarlo. Y lo más probable es que lo pongamos fuera de nosotros. Que deseemos que ese parto pase lo más rápido posible para calmar nuestra ansiedad y salir del miedo. Y ahí es cuando intervenimos sin necesidad, ya sea con hechos o con palabras inadecuadas.

Una enfermera que tenía que poner un goteo intravenoso a una gestante que estaba por ser sometida a su segunda

cesárea programada no conseguía encontrar la vena, de modo que le dijo: "Lo intento una vez más, y si no lo logro, te pincho el ojo" (!). Esta anécdota, real y reciente, da cuenta de cómo la dificultad propia se volcó de modo gravemente agresivo sobre la embarazada, llenándola de angustia por la terrible imagen sugerida.

La mayoría de las intervenciones responden a nuestras propias dificultades, no a las que se pueden presentar normalmente en un parto. Nosotros, como equipo —y las obstétricas particularmente— deberíamos contener a las futuras madres en su temor, pero para lograr eso antes tendríamos que ser continentes de nosotras mismas.

Un parto domiciliario encarna inevitablemente para quienes lo asistimos un plus de miedo —no de riesgo— que uno institucional. Aunque sepamos que el hospital o la clínica están cerca, que podemos acudir ante una emergencia, y que la mayoría de las situaciones que puedan presentarse en el parto —aun las patológicas— las podemos resolver en la casa. Pero ¿qué pasa? En el sistema actual, si un bebé muere en un parto dentro de una institución, esa muerte se diluye en el sistema burocrático. Se dice: "Se hizo todo lo que se pudo", "Estuvo en manos de los mejores especialistas", y a nadie se le ocurre dudar de que los médicos realmente intentaron todo para "salvarlo". Si, en cambio, esto ocurre en un parto domiciliario, inmediatamente se hace responsable a la persona que atendió el parto diciendo que es un inconsciente o un criminal, sin investigar qué fue lo que ocurrió realmente.

En un libro maravilloso sobre la historia de las comadronas inglesas² se dice que para ser partera hay que ser fuerte, resistente y tener coraje. Las autoras parten obviamente de la idea de que tenemos miedo en los partos, igual que los

médicos y que todo el mundo. Pero frente a una situación que nos da miedo, uno puede paralizarse o ser capaz de hacer algo. No es lo mismo admitir: "Yo no me animo", que proyectar las dificultades en el otro y decirle: "Vos no podés". No es lo mismo reconocer que yo no tengo paciencia y me pongo muy ansiosa, que decir: "No se puede esperar más, hay que ir a una cesárea". Si dejamos que nos gobierne el miedo, perdemos la posibilidad de confiar en la naturaleza y en la potencialidad de la mujer.

Hace muchos años estuve a punto de romper artificialmente una bolsa amniótica porque estaba apurada y me quería ir a casa. No me había dado cuenta de lo que me estaba pasando hasta que la parturienta me preguntó por qué iba a hacerlo. Ahí tomé conciencia. Entonces pedí un tranquilizante para mí y llamé al médico para que viniera a contenerme porque por alguna razón era yo la que ya no podía más. Tuve la posibilidad de detenerme a tiempo, pero no siempre estamos alertas a estas señales. Es una práctica autorreflexiva que lleva tiempo aprender e incorporar.

Considerando que nosotros trabajamos en un punto en donde la vida y la muerte de alguna manera se tocan, a veces se hace necesaria una mirada más compasiva también hacia las intervenciones y las cesáreas. Parece contradictorio que diga esto cuando vengo hablando en contra de las rutinas y las cesáreas innecesarias. Pero creo que hay que saber contemplar cada caso, como hay que saber observar a cada parturienta. Estando atentos a las particularidades de cada situación vamos a tener la tranquilidad de no equivocarnos.

En general las cesáreas no se hacen para cobrar más, sino porque uno siente que está transitando un borde filoso y prefiere detenerse preventivamente antes de que pueda acontecer una situación sin retorno. Aunque la mayoría, al

no tomar conciencia de esta cornisa, prefiere intervenir casi siempre.

Hace un tiempo, un obstetra y una partera conocidos atendieron un nacimiento de mellizos. Y me contaron lo aterrados que habían estado porque el primer bebé estaba de cabeza y el otro atravesado. Cuando un parto viene de esta manera, lo usual es que se indique rápidamente una cesárea. Ellos sin embargo decidieron esperar, siendo conscientes de que tenían mucho miedo de la decisión que estaban tomando. Finalmente, el primer bebé nació y el segundo se acomodó en pelviana, "de cola". Un bebé en pelviana suele ser también una indicación automática de cesárea. Sin embargo nació por vía baja. Dos chicos de casi tres kilos. Todos estaban impactadísimos.

A los pocos días la colega recibió una carta de la mamá reciente diciéndole que ella y su marido sabían que no había dinero posible para pagarles a ella y al obstetra el estrés que habían atravesado. Una tensión proveniente del miedo. ¿A qué? En un nivel consciente quizá no sea muy explicable, pero a nivel inconsciente es el temor a la muerte de la mamá o el bebé, aunque la posibilidad sea remota.

La violencia

Es impresionante la enorme violencia que se ejerce sobre mujeres y bebés. Pero los profesionales de la obstetricia no tienen el menor registro del daño que producen.

Desde la aparente pequeñez que significa que la embarazada entre sola a internarse en la maternidad, sin compañía de ninguna persona de sus afectos —como si entrara a una cárcel, de donde no puede salir sin permiso, ni tomar

agua, ni comer, ni adoptar la posición que le resulte más cómoda— hasta la cantidad de intervenciones a las que va a ser sometida sin explicaciones y sin su consentimiento. Será tratada como un objeto. La llamarán "mami", "gorda", "madre", despersonalizándola totalmente. Y manipularán su cuerpo sin aviso, sin permiso y obviando que ese cuerpo "es" esa persona.

La violencia institucionalizada prosigue con la colocación de un suero, siempre, sin otra explicación que "por si acaso", y dentro del cual se pueden colocar todo tipo y cantidad de drogas con absoluta impunidad. En los hospitales muchísimos profesionales "necesitan hacerse la mano". De modo que una mujer en trabajo de parto será sometida, para empezar, a innumerables exploraciones vaginales (poner los dedos dentro de su vagina) de los que quieren "aprender" qué hay allí dentro. Después vienen las episiotomías, que se realizan casi en la totalidad de los partos de primerizas, tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas. Quienes las practican ignoran por completo la evidencia científica de la OMS (por citar sólo una fuente) referida al daño profundo y grave que generan, dejando secuelas de tipo físico, emocional y vincular.

En un programa televisivo, hace algunos años, un médico dijo que una embarazada "debía" decidir si quería o no una anestesia peridural al principio de su embarazo. Es un mensaje atroz que obvia todos los daños que una intervención así puede producir. Omite decir que la debe colocar un especialista en un ambiente quirúrgico, que es una decisión de tipo médico, que conlleva ventajas pero también riesgos. Y, fundamentalmente, que durante el transcurso del embarazo, pero también durante el trabajo de parto y el período expulsivo, ella puede cambiar de opinión cuantas veces quiera.

Hace muchos años, en un trabajo de parto que se prolongaba, el médico le dijo a la parturienta que iba a ser necesario el uso de fórceps. Ella, que trabajaba con chicos discapacitados, se opuso firmemente porque le daba pánico el efecto sobre su bebé. Mientras el médico insistía, todos nos olvidamos de que había una cámara fija filmando el parto. Mi sensación era que la situación era riesgosa y violenta de parte de todos. Iban pasando los minutos y mientras ella gritaba que prefería una cesárea, el niño nació. Gracias a la cámara fija, pudimos reconstruir lo que había ocurrido, revisar nuestra propia actitud y aprender. ¿Será por eso que en la enorme mayoría de los sanatorios está prohibido filmar el parto?

La violencia que se ejerce sobre el bebé también es impresionante. Apenas nace le cortan de inmediato el cordón umbilical. O sea que necesitará desesperadamente oxígeno, para lo cual lo separan de la madre, le introducen una sonda nasogástrica, y lo ponen debajo de lámparas de cien watts "para calentarlo"; o lo dejan solo en una incubadora, desnudo, llorando con angustia, desesperación y desconuelo. También lo pesan, lo miden, lo bañan con detergentes —aunque él venga cubierto con una "grasita" llena de nutrientes y hormonas que se reabsorbe en pocas horas— lo pinchan para ponerle vitamina K y le colocan gotas en los ojos que inevitablemente lo hacen llorar.³

Éstas son, lisa y llanamente, acciones de tortura física para el niño que acaba de llegar a la vida extrauterina. Viene de la oscuridad, el silencio, el agua, la suavidad. Viene del Nirvana, es perfecto. El nacimiento es para él una instancia violenta porque significa la expulsión de ese paraíso, donde no sólo no tenía la menor inquietud sino que todo le era facilitado. Cuando abandona ese cuerpo materno, tendrá que

empezar a respirar por sí mismo, alimentarse, graduar y controlar su temperatura.

Sabemos que en los nueve meses de desarrollo intrauterino hubo evolución neurológica, no podemos medir cuánta pero la hubo. Podemos suponer entonces que se le genera un grado de angustia, probablemente importante, con el nacimiento y la ruptura con su mundo anterior. Podemos deducir que cuanto menos intrusivo sea —para con la mamá y su hijo— y menores las rutinas que se le hagan al recién nacido, mayor será nuestra colaboración en la existencia de un mundo con más paz. Aunque seamos pocos los que por ahora trabajamos de esta forma, tenemos que tener la convicción de que lo que hacemos, este pequeño granito que aportamos acompañando sin violencia, está afectando positivamente al futuro de la humanidad.

Michel Odent decía que si los hombres estuvieran presentes y conscientes en los partos, y pudieran ver cómo nacen sus hijos, acompañar a sus mujeres y admirarlas por la fuerza que ponen en juego en ese momento, habría menos guerras en el mundo. Y también señala que la crueldad que estamos sembrando sobre los recién nacidos en los partos convencionales se traslada con el tiempo al adulto y de ahí a la sociedad.

No son actos aislados, sino que tienen ecos, reverberaciones en todo el sistema.

Desde hace unos años Odent está recopilando información de todas partes del mundo sobre las formas de nacimiento, y llegó a la conclusión de que las características de la llegada al mundo —si al bebé le faltó oxígeno, si fue separado de la madre rápidamente, etc.— tienen consecuencias sobre las posteriores elecciones en la vida, el desarrollo de la personalidad, y hasta los índices de suicidios y formas de

morir. Hay estudios que indican que los niños golpeados son los golpeadores del mañana. De la misma manera podemos inferir que los seres humanos violentados desde muy pequeños van a actuar de alguna manera en el futuro la violencia recibida.⁴

A fines de los años setenta viajé a Israel y visité el Hospital Hadassa, de Jerusalén, que era el más importante del país. Cuando llegué al área de Obstetricia me encontré a las mamás acostadas una al lado de la otra, separadas por cortinas, solas, con un goteo, una peridural y un monitor puesto. No eran controladas en forma personalizada por una partera o un obstetra, sino monitoreadas desde una central en la que graduaban la cantidad de oxitocina según las reacciones del bebé y el cuello del útero, algo totalmente mecánico. Israel es un país en guerra desde su formación en 1948. Todos los adolescentes —mujeres y varones— entran al servicio militar a los dieciocho años y no salen hasta los veintiuno. Y después ingresan a las filas de los reservistas, lo cual implica que una vez por año, hasta los cuarenta, harán un mes de servicio militar. ¿Cómo se hace para que las madres entreguen sin resistencia a sus hijos a la guerra? Creando una enorme distancia afectiva entre ellas y sus bebés desde el parto. Para estas mujeres, tener un hijo era casi como un trámite, ni lo sentían. Estaban solas, anestesiadas, y cuando nacían los bebés, se los llevaban a las *nurseries*. Las palabras que usan algunas argentinas que parieron en Israel para describir lo que sintieron son: soledad, frío, silencio, angustia y abandono.

Podría argumentarse que la instancia del parto no lo es todo, que allí no se conforma completamente la personalidad de ese niño. Y es cierto, pero creo que tanto para él como para la mamá es una instancia fundamental.

Los bebés que son víctimas de un nacimiento violento —goteos que alteran las contracciones de la madre y pueden generarles falta de oxígeno, fórceps o cesáreas innecesarias, todo el recetario de rutinas agresivas que se les hacen a ellos cuando nacen— pueden tener una infancia y una adolescencia muy cuidada y amorosa de parte de sus padres. Pero aun estando muy resguardados en el mundo personal, cosa no siempre habitual, la socialización por la que van a pasar esos chicos en la escuela, en contacto con otros, con el mundo, también es agresiva e influye en la conformación de un adulto violento.

Por eso, ese momento fundacional me parece determinante. Imaginemos a un niño que nació muy contenido, muy deseado y querido, sin intervenciones innecesarias y cruentas. Hasta los dos años tuvo a sus padres que se brindaron a él con un alto grado de entrega, y en ese momento, por alguna razón, los pierde. En algún lugar las raíces más profundas de su personalidad ya están echadas, bien firmes.

Cuando a una mamá reciente la separan de su recién nacido por unas horas ella puede racionalizar esa angustia. Pero ¿cómo elabora el bebé esa separación? ¿Qué siente cuándo lo alejan tantas horas de su madre? No podemos saberlo, pero sí podemos afirmar que le quedan marcas, que en algún lugar queda alojada esa angustia original.

Si las parteras elegimos ayudar en el “nacimiento” de un nuevo ser humano, con un nivel de agresividad bajo, capaz de conectarse con la vida, con la Tierra, con la posibilidad de subsistencia de las especies, entonces tenemos que cuestionarnos nuestra función y lo que estamos haciendo actualmente. Nosotras tenemos una enorme responsabilidad en detener o fomentar la violencia. Asistimos a la embarazada durante el parto y también durante las horas siguientes. Estamos ahí. Debemos intentar impedir las agresiones de las que tomamos conciencia.

Quizá pase tiempo antes de que podamos tomar las decisiones, pero mientras tanto intentemos dejar sentada nuestra disconformidad con ciertas prácticas. Y quizá, de tanto insistir y pelear, se nos escuche. Me refiero siempre a las instituciones, porque un equipo obstétrico privado tiene más margen de acción, una brecha que tenemos que ir ampliando a nuestro favor porque todavía nos comportamos en forma demasiado sumisa con respecto al médico obstetra. Pero es un espacio que existe, menos normatizado.

Tenemos que reflexionar sobre lo que nos proponemos, cómo nos plantamos cada una nada menos que frente al futuro del planeta. Si seguiremos siendo facilitadoras de la agresión, cómplices de la generación de violencia, de que los más fuertes sigan ganándoles a los más débiles. O si, en cambio, elegimos no perturbar más, ayudando a la existencia de niños-hombres más pacíficos.

Es una tarea heroica porque frente al aporte que hagamos un grupo pequeño, habrá miles de profesionales reproduciendo el viejo sistema. Pero no creo que haya otra forma de empezar y comprometerse. Estamos en el inicio de un nuevo siglo en el que nuestra función es esencial para que haya el menor daño posible sobre las madres y sus recién nacidos. Y sobre nosotras, que también somos mujeres. Es fundamental que entendamos la importancia de nuestra participación en la gestación del futuro, aunque suene apocalíptico. Estamos rodeadas de niños que son el futuro, y nosotras podemos intentar dejarles un mundo diferente. Pero es difícil que podamos solas. Como en todo lo que tiene que ver con esto, se impone la necesidad de una alianza entre las mujeres que paren y las parteras. Es la única manera de luchar contra el maltrato y de humanizar el parto y el nacimiento.

NOTAS

1. www.dandoaluz.org.ar
2. Towler, Jean y Bramall, Joan. *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Ediciones Masson, Barcelona, 1997.
3. La agresividad de estas rutinas está descripta en el video *Callate y pujá*, realizado por Sonia Cavia, una de las integrantes de la organización no gubernamental Dando a Luz, en septiembre de 2001, y filmado íntegramente en una maternidad pública.
4. www.primalhealth.org

Capítulo 4

La partería

Un asunto de mujeres

En el comienzo de la humanidad, las hembras humanas, al igual que el resto de los mamíferos, parían solas porque prácticamente no tenían contacto con otras, no había socialización. Cuando empezaron a haber rasgos de comunicación, algunas que ya habían atravesado la experiencia de parir empezaron a acompañar a las demás. Hay pruebas y dibujos de varias civilizaciones en los que se ve a mujeres pariendo junto a otras mujeres. Estas "acompañantes", que contaban sólo con el saber de su propia experiencia, de la observación, y con su coraje (características que después algunos historiadores adjudicarán a las comadronas¹), no recibieron el nombre de parteras hasta muchos siglos después. Pero lo eran.

Podemos definir las como comadronas, matronas, parteras, cada cultura les dio un nombre diferente. Lo importante es que existieron desde la primera vez que una mujer parió acompañada. ¿Quiénes fueron las pioneras en cada grupo? Las que tenían más hijos y experiencia.

A medida que pasó el tiempo, ocuparon un lugar más importante. Eran las que tenían el conocimiento de la vida, pero también de la muerte. Sabían cómo se gestaba un embarazo, cómo controlar su evolución, qué podía pasar en un parto, y también podían interrumpir un proceso gestacional.² Este vínculo ancestral con la vida y la muerte tiene que ver con que en la Antigüedad no se disponía de los recursos para manejar las patologías del embarazo y del parto con los que hoy cuentan los médicos. Cualquiera podrá evocar la famosa escena, mil veces repetida en libros y películas, en que la partera sale de la habitación de la madre y le dice al padre: "Tenemos que elegir entre salvar al bebé o salvarla a ella".

También era una época de familias numerosas, donde las mujeres estaban habituadas a que alguno de los hijos, o varios, muriera en el parto o en los primeros años de vida. No existía el tabú de la muerte y la enfermedad que tenemos en las sociedades actuales. Éstas eran parte de lo cotidiano.

Por una mala interpretación de este vínculo con la vida y la muerte, muchas comadronas fueron quemadas en la hoguera en la Edad Media: eran las "brujas" que manejaban ambos saberes, y semejante poder, sobre todo en manos femeninas, no podía ser tolerado por la Iglesia. En *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras* se señala:

La mayor parte de esas mujeres condenadas como brujas eran simplemente sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina y su represión marca una de las primeras etapas en la lucha de los hombres para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina.

[...] En efecto, las brujas representaban una amenaza política, religiosa y sexual para la Iglesia, tanto católica como protestante, y también para el Estado.

[...] Existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la historia de la persecución de las brujas en todo el norte de Europa. Ante todo, se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la "acusación" de poseer una sexualidad femenina. En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas. La tercera acusación, finalmente, era que tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar. A menudo se las acusaba específicamente de poseer conocimientos médicos y ginecológicos.

[...] Las mujeres sabias, o brujas, poseían multitud de remedios experimentados durante años y años de uso. Muchos de los preparados de hierbas curativas descubiertos por ellas continuaban utilizándose en la farmacología moderna. Las brujas disponían de analgésicos, digestivos y tranquilizantes. Empleaban el cornezuelo (ergotina) contra los dolores del parto, en una época en que la Iglesia aún los consideraba un castigo de Dios por el pecado original de Eva. Los principales preparados que se emplean actualmente para acelerar las contracciones y favorecer la recuperación después del parto son derivados del cornezuelo. Las brujas sanadoras empleaban la belladona —todavía utilizada como antiespasmódico en la actualidad— para inhibir las contracciones uterinas cuando existía riesgo de que se produjera un aborto espontáneo.

Ellas fueron poco a poco separadas de su oficio por la profesionalización de la medicina, alrededor del siglo XIII. Se vetó el acceso de las mujeres a las universidades y el paso siguiente fue la prohibición del ejercicio del arte de curar a quienes no tuvieran formación académica. Esto hizo que a finales del siglo XIV no quedaran sanadoras urbanas en casi

ninguna ciudad europea. Los médicos varones lograron un total monopolio entre las clases altas, a excepción del área obstétrica.

Durante tres siglos más, la atención de los partos, incluso entre la nobleza, seguiría en manos de las sanadoras-comadronas. Sin embargo, los médicos, la Iglesia y el Estado iniciaron una campaña de descrédito tan fuerte y masiva contra ellas, marcándolas con el estigma de la superchería y de una posible perversidad, que finalmente hacia el siglo XVIII accedieron al último bastión hasta entonces inexpugnable: la obstetricia. Desde el punto de vista económico, más de la mitad de la población, o sea, todo el género femenino y sus niños, quedaban fuera de su alcance. En el libro mencionado se detallan las exigencias a las que fueron sometidas para ejercer su oficio. A medida que pasaban los años, y se consolidaba el poder médico, se las fue arrinconando, tildándolas socialmente de sucias, brujas, y se decía que, al no contar con conocimientos académicos ni científicos, ponían en riesgo la salud de otras mujeres. "Practicantes no profesionales varones —'barberos/cirujanos'— iniciaron el ataque en Inglaterra, alegando una supuesta superioridad técnica basada en el uso del fórceps obstétrico. (El fórceps estaba clasificado legalmente como instrumento quirúrgico y las mujeres tenían prohibida jurídicamente la práctica de la cirugía.⁴) Una vez en manos de los barberos/cirujanos, la práctica de la obstetricia entre las clases medias perdió rápidamente su carácter de servicio entre vecinas para convertirse en una actividad lucrativa, de la que finalmente se apropiaron los médicos propiamente dichos en el siglo XVIII."⁵

Cuando la sociedad se estructuró en tribus, las comadronas eran, como dijimos, las mujeres con mayor experiencia dentro del grupo. Pero a veces el parto se complicaba, y apa-

recía la posibilidad de la muerte del bebé, de la madre o de ambos. Entonces la tribu convocaba al brujo. Su función era conjurar los daños: invocaba al cielo para que lloviera, para detener un incendio. No era mucho en verdad lo que lograba porque sus supuestos poderes eran "mágicos". Cuando las parteras lo llamaban era porque no quedaba ya casi nada por hacer, como cuando los médicos dicen: "No podemos hacer nada más, recen para que suceda un milagro". Es decir que históricamente hay roles de género diferenciados para la salud y la patología en lo que se refiere a los partos.

Esta división por la cual los hombres se ocupaban de la enfermedad y las mujeres de la salud fue con lo que se encontraron los galenos hace doscientos años cuando se involucraron en el ámbito del parto. Descubrieron que las parteras no sólo se ocupaban de acompañar el proceso de gestación y nacimiento, sino que también aconsejaban sobre su salud reproductiva. La mayor parte de los temas relacionados con ellas escapaban al control de los facultativos. ¿Qué tuvieron que hacer para ganarse la confianza de las mujeres si las consultas se hacían a las comadronas y fuera de las instituciones? Se puso en marcha desde los gobiernos y el poder médico un proceso de desplazamiento monumental del rol de las parteras. Mediante leyes fueron obligadas a trabajar dentro de los hospitales y así lograron que junto con ellas también se acercaran las mujeres a las que atendían.⁶

En Estados Unidos, alrededor de 1910, el 50% de los bebés nacían con ayuda de una comadrona, en general de raza negra u obreras inmigrantes. Era el último bastión que les quedaba a los médicos para apropiarse. Repitieron la estrategia de sus colegas europeos de dos siglos antes: difamaron y ridiculizaron a las parteras como sucias, ignorantes e incompetentes. Pero lo peor fue que se las acusó de no saber

prevenir las infecciones uterinas de las mujeres y las cegueras neonatales (provocadas por las enfermedades venéreas de las madres). Los dos problemas podían haberse evitado instruyéndolas sobre técnicas fáciles y accesibles (lavado de manos para las infecciones uterinas y gotas oculares para la oftalmía), que fue lo que se hizo en Inglaterra, Alemania y otros países europeos. Pero como en Estados Unidos el objetivo era separar a estas mujeres del ámbito del parto —y no incluirlas ni profesionalizarlas— se aprobaron en todos los Estados leyes que permitían el ejercicio de la obstetricia solamente a los galenos.⁷

El siglo XX transcurrió en casi todo el mundo en el vaivén entre la inclusión de las parteras en los hospitales para captar la atención de las madres, el descrédito de su oficio, de modo de garantizar el monopolio de los médicos sobre el área del parto, y la profesionalización obligada, insertándolas en el sistema y restringiéndoles el acceso a los conocimientos ancestrales de su oficio.

Así, desde mediados del siglo XX, aproximadamente, las comadronas en la Argentina ya no son parteras sino obstétricas: mujeres egresadas de escuelas de obstetricia que reciben de parte de los obstetras una formación con orientación patológica y que ejercen su profesión dentro de instituciones, completamente subordinadas a la estructura jerárquica y masculina de la medicina, sin ningún tipo de autonomía.

A comienzos del siglo XXI, esta postergación progresiva del rol las coloca en un lugar descalificado y subvalorado. Los médicos son quienes se ocupan de los partos y ellas son apenas colaboradoras, aunque en la práctica sean las que están la mayor parte del tiempo con la madre. Sin embargo, no toman las decisiones sobre el embarazo y el dar a luz; quienes van a recibir al bebé cuando nazca serán ellas, y el neo-

natólogo se ocupará de las rutinas posteriores. Se han perdido todas sus funciones históricas.

¿Quiénes somos?

¿De dónde viene la denominación? La etimología de la palabra nos orienta sobre el rol social asignado.

En España se llaman comadronas, la co-madre es compañera de la madre; en Estados Unidos, *midwife*: de *with-wife*, la que acompaña a otra mujer, a una esposa; y en Chile, matronas, de maternar. En Perú es donde el término se parece más al de la Argentina: obstetrices; en Alemania es *hebamme*, la que conduce; en Cataluña, la traducción es *llevadora*; y en Francia, *sage femme*, que significa mujer sabia.

En la Argentina, la denominación académica es obstétricas. Insisto en que lo correcto sería parteras, que viene de partear, estar en partos, y no obstétricas. Si bien esta palabra (del latín *obstare*) es "estar al lado de", y eso tiene que ver con nuestra verdadera función en los partos —acompañar a la madre— prefiero el otro término por la confusión que se produce entre obstetra y obstétrica.

El obstetra es el médico, o médica, y la obstétrica es la partera, pero la gente suele no conocer la diferencia y esto contribuye al desdibujamiento de la función y su asimilación a la del médico.

La denominación que me parece más interesante es la francesa: *sage femme*. Ese lugar de la sabiduría es el que ocupamos en la historia de la humanidad en lo concerniente a los partos y a muchos aspectos de la sexualidad. Este rol tiene que ver con la comprensión del género. Lo sutil de lo femenino. Eso que se transmite en la mirada, en el contacto de

la mano y en el comprender qué le está ocurriendo a la otra mujer. La única manera de ayudarla es aprender a traducir lo que el cuerpo de ella dice.

La riqueza de cada mujer es tan diferente, tan única, que debemos acompañarlas a descubrir qué necesita cada una en el parto, que conozcan sus límites, cómo pueden llegar a cumplir su deseo, con qué pueden encontrarse. Y que en función de esas necesidades puedan pedir libremente a quienes las acompañaremos. Ese rol facilitador es el eje de nuestro oficio y es lo que transforma a cada embarazada en protagonista de su parto. Tenemos que lograr que esa mujer que va a ser madre se sienta cómoda para pedir y obtener lo que le haga falta.

Hace unos años se decía que la protagonista del parto era la mujer —porque sin ella no había parto—, luego el obstetra —que lo atendía—, luego la partera, y por último el marido. Después cambió el orden: ahora el primer lugar lo ocupa el médico, ya que en función de él está la altura de la camilla, el horario del nacimiento, la temperatura de la sala de partos, etc., la parturienta ocupa el segundo lugar. Y al final, la obstétrica. Por lo que escucho y aprendo, creo que la única imprescindible sigue siendo la parturienta, y la otra persona que tiene que estar indefectiblemente es la partera. Alguien que sea capaz de partear. Y después es fundamental que esté su compañero. El médico debería quedarse afuera por si se lo necesita excepcionalmente.

De acuerdo con la historia de las parteras en Inglaterra,⁸ parece que hay dos condiciones fundamentales que tiene que tener una mujer para ejercer este oficio: ser fuerte físicamente, para resistir, por ejemplo cuando debemos sostener a las parturientas, cuando no podemos dormir, cuando termina de parir una mujer y empieza otra; y ser valiente. Esto último no lo entendía muy bien al principio, pero con el tiempo me

di cuenta de que cuando enfrentamos una situación de riesgo en un parto no podemos ponernos a llorar, desmayarnos o irnos. Tenemos que quedarnos ahí y resolver.

La historia nos dice que el oficio siempre consistió en acompañar el embarazo, el parto, el nacimiento, el puerperio y la primera crianza. Son etapas que tienen que ver con la fisiología, con lo natural, lo que es parte de la vida. Procesos que básicamente no presentan complicaciones. Pero también tenemos que estar en condiciones de detectar si surge algo que no funciona adecuadamente, y derivar el caso al médico si no podemos resolverlo.

Hay debates abiertos sobre si las parteras deberíamos estar en condiciones de practicar ciertas técnicas médicas como la cesárea, el fórceps o las peridurales. Creo que no. Nosotras manejamos una gama amplia de recursos para corregir las pequeñas dificultades que aparecen y que no llegan a ser patologías, desde las hierbas naturales a la intervención verbal o las propuestas corporales.

Hace ya más de quince años que la OMS presenta evidencia científica diciendo que el parto fisiológico debe estar bajo el control de la matrona. En las instituciones donde sólo ellas se hacen cargo de los partos —con un médico disponible por si hace falta, pero que no interviene— la patología disminuye enormemente.⁹

Una de las discusiones que se está dando en el mundo de la partería es la que plantea si los médicos deberían supervisarnos o no. Hay comadronas de todo el mundo que están proponiendo la autorregulación, como ha sido a través de la historia. Sin duda, debíamos ser autónomas. Definir en qué consiste nuestra función, de qué manera vamos a transmitir el saber, cuáles serán nuestros honorarios, cómo queremos trabajar.

Los médicos no tienen por qué intervenir en estas decisiones ni en nuestro trabajo. Cuando planteo esto entre las colegas suelo encontrarme con caras de horror. Debíamos hacernos cargo de una buena vez de lo que nos corresponde y darnos cuenta de que de veras los médicos no tienen nada que hacer en un parto normal.

¿Por qué la formación de las parteras es considerada inferior a la de los médicos si cada uno de nosotros se ocupa de tareas diferentes? Nosotras acompañamos procesos donde habitualmente no hay patología y ellos son especialistas en el arte de curar. Ahora bien, este límite que nos imponemos —“hasta aquí llegué, esto ya no me compete”— también debería ser motivo de reflexión.

¿Qué es una patología? ¿Una parturienta con hipertensión es una enferma? ¿Y si tratáramos de pensar qué le está pasando a una mujer para que esté “hipertensa”? Quizá si nos sentamos a hablar con ella y empezamos a indagar qué le pasa descubramos por qué está así. Y probablemente ocurriría lo mismo con otras situaciones similares.

Por otra parte, nos cuesta mucho establecer el punto que separa lo fisiológico y lo patológico, porque éste es variable. Para algunas personas una bolsa que se rompió hace cuatro horas es una patología, y otras pueden esperar dos días a que una futura mamá en ese estado empiece su trabajo de parto. En las condiciones actuales del sistema de salud, prácticamente no se respetan los derechos de las madres, y ni ellas ni nosotras ponemos límites. Creo que una función que también nos corresponde es la de despertar conciencia. Sabemos cuáles son las prácticas habituales que se les hacen a las gestantes y a los recién nacidos, y cómo se controlan los embarazos. Debíamos ser responsables e informarnos, para darnos cuenta de cuántas de esas rutinas son vejatorias de la

intimidad, la sexualidad y la naturalidad del proceso fisiológico de parto de una mujer. Cada futura mamá es responsable de cómo son tratados ella y su bebé, pero somos nosotras quienes tenemos que ayudarlas a pensar, a escucharse, a cuestionarse. Sin embargo, para que podamos lograr esto entre las embarazadas, primero tenemos que revisar las prácticas que llevamos adelante. Existe información en Internet, en los medios de comunicación, en las asociaciones que abogan por partos humanizados, e incluso la oficial, de la OMS, cuestiona muchas de las intervenciones que se realizan a diario en hospitales y clínicas.

El 15 de julio de 2002, en una charla que dio en Buenos Aires el doctor Jorge Pronsato, pediatra cordobés, acerca de las "rutinas acrílicas" que se les hacen a los recién nacidos, fue muy progresista en referencia al respeto por el recién nacido y al vínculo madre-hijo. Sin embargo, no mencionó a las parteras, y no sólo muchas de las que lo escuchábamos lo éramos, sino que esta ausencia en el discurso denota la desfiguración e invisibilidad de esta tarea. Incluso cuando desde el público se hicieron preguntas concretamente obstétricas, la palabra se les daba a los obstetras presentes, no a nosotras. Esta invisibilidad nos la asignan los otros, pero también es un lugar del que nos cuesta movernos.

Rompiendo mitos

También hay mitos que debiéramos desbaratar. "Apenas se rompa la bolsa hay que internarte", cuando lo mejor que le puede pasar a una embarazada, si eso sucedió, es quedarse quietita en su casa. O: "¡Cuidado con los riesgos que pueda correr el bebé!". En este caso lo que tenemos

que hacer es enseñarles a los papás a escuchar los latidos fetales.

Eso no nos exime de responsabilidad a los profesionales, pero si los papás también pueden hacerlo se sienten más tranquilos y a veces pueden avisarnos antes si hay una alteración.

Hace años que lo hago: les digo cómo se hace, qué van a oír, dónde poner la oreja y a qué prestar atención. Al darles esa información les estoy devolviendo un poder que de otra manera sería sólo mío y del médico. A veces les dicen "hay que hacer una cesárea porque no hay dilatación", cuando todos sabemos que si no hay dilatación es porque no hay trabajo de parto, y lo que se debe hacer en ese caso es esperar, o interrumpir o disminuir las contracciones para que la embarazada pueda tolerar el parto largo y tedioso.

Creo que tenemos que observar detenidamente todos estos mitos y otros, desbaratarlos con argumentos y explicarlos a las mujeres para que se puedan defender de las intervenciones excesivas, de las decisiones apresuradas y del autoritarismo de los obstetras, pero también del de las obstétricas, los anestesiólogos y de todo el equipo que las atiende. Si en el parto hay una partera consciente, se ocupará de que la futura madre esté cuidada, pero si no la hay, es fundamental que ellas se puedan defender. Y aun en este último caso, la gestante tiene que conocer sus derechos, saber lo que podrán sugerirle o intentar imponerle, de modo de reconocer hasta qué punto le están diciendo la verdad. Esto significa empoderarnos. Recuperar un poder que nos pertenece históricamente a las parteras y a las parturientas: el control y las decisiones sobre nuestro cuerpo. Es un poder que nunca fue cuestionado hasta que la institución médica empezó a involucrarse. La medicina —racional y masculina en su concep-

ción y ejercicio— avanzó sobre todas las áreas de la salud, y lo último que le quedaba era el vínculo entre mujeres que se da en los partos, el mundo sutil de lo femenino.

Es cierto que desmontar esta estructura es muy difícil, pero cada vez que alguien se animó y transgredió, ese hecho fue el puntapié inicial para cambios posteriores.

Si me imagino lo mejor para este oficio, para nosotras como mujeres que acompañamos a otras, y para las embarazadas a quienes brindamos nuestro servicio, me parece imprescindible, para empezar, hacer consciente la vocación que nos permite elegirlo. Es también importante el análisis de la propia tarea. Debíamos tener un espacio donde compartir con otras colegas lo que nos pasa: qué sentimos acompañando a las que están pariendo si aún no tenemos hijos, o si ya no tendremos más, si tenemos que asistir a un parto cuando nosotras estamos embarazadas, o qué resortes se nos mueven a las que estamos en trance de ser abuelas. Esta reflexión es fundamental para no depositar nuestras fantasías en las par-turientas. Inevitablemente los temas personales de uno están, y lo importante es tener esto presente.

Intentar reprimir estas emociones probablemente nos sirva de muy poco, pero si estamos atentas a que pueden aparecer y sabemos manejarlos con ellas, seguramente el parto será mejor para la futura madre y para nosotras.

A veces, cuando estoy demasiado cansada, me digo a mí misma "Si yo estoy agotada, ¿cómo debe estar ella que lleva tantas horas haciendo el trabajo de parto!". Eso me permite aceptar mis límites y a la vez reconocer que para ella la situación es aun más pesada. Cada una de nosotras debe encontrar el camino para entender qué le pasa. Lo puede hacer en una terapia, en grupos de reflexión. Lo importante es volver sobre nosotras mismas. Cualquier persona que trabaje con

seres humanos debería sistemáticamente revisar lo que siente. También debíamos reformular el vínculo médico-obstétrica.

Hay dos aspectos de nuestro oficio bien concretos y no menos importantes que los anteriores. Uno es que tendríamos que asistir pocos partos por mes, no sólo porque es importante que nos quede tiempo para nuestra vida personal, lo que indudablemente redundará en beneficio del trabajo, sino porque así tenemos la posibilidad de dedicarle a cada embarazada el tiempo que necesita y evitar rutinas, malhumores y maltratos injustificados.

El segundo tema es la remuneración, tan exigua y por lo tanto tan perjudicial para el oficio como el exceso de trabajo.

Si una partera gana setenta pesos por un parto o cien pesos por una guardia de veinticuatro horas,¹⁰ y tiene que pagarle lo mismo a una persona que se quede a cuidar a sus hijos, es probable que al asistir el parto sienta bronca y rencor.

Hay estrategias que podemos poner en práctica para recuperar la función:

- No abandonar los hospitales y las clínicas.
- Quedarnos allí y ser modelos de profesionales, presentar evidencia científica que avale la trascendencia del verdadero rol, del que fuimos desplazadas. Ocuparnos del control del embarazo, porque de otra forma éste queda en manos de los médicos. De hecho muchas obstétricas de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires atienden la gestación de comienzo a fin, a menos que se presente una patología, y en ese caso hacen la derivación correspondiente.
- Controlar el puerperio inmediato, evitando que lo hagan nurses, puericultoras y pediatras.

- Hacernos cargo de la preparación para el parto. Pero no dictando los cursos convencionales de psicoprofilaxis, sino brindando una preparación integral, tanto corporal como emocional, para lo cual es imprescindible formarse previamente.
- Poner en funcionamiento casas de nacimiento asistidas por grupos de parteras autónomas.
- Abrir una escuela que responda a los principios que acabo de esbozar, aunque no tenga reconocimiento oficial en un comienzo.
- Generar grupos de reflexión en los cuales se pueda compartir lo que nos pasa en el ejercicio de la profesión.
- Crear movimientos de alianzas entre parteras y embarazadas que trabajen en pro de un parto respetado y en libertad. Y obviamente, *generar vínculos con las gestantes*.

El ejercicio de la partería hoy

Actualmente coexisten dos grandes grupos de parteras de acuerdo con el lugar y el modo en el que ejercen: las urbanas y las rurales. Las primeras son las que trabajan en la ciudad, con conocimientos académicos y que, más allá de la mayor o menor intervención, pueden ejercer y cuentan con recursos tecnológicos. Dentro de este grupo puede haber parteras "de entrada directa", como las argentinas, que cursan estudios de obstetricia específicamente, a nivel universitario, con conocimientos de patología obstétrica. Y también las enfermeras-parteras, que hicieron primero la carrera de enfermería y luego una especialización en obstetricia (como ocurre en Estados Unidos), de modo que sus conocimientos y su formación exceden la partería y son, desde el punto de

vista de la función, innecesarios. Lamentablemente, este último modelo avanza en el mundo.

Finalmente, podría hacerse una categorización más entre las parteras urbanas que tiene que ver con el grado de autonomía con el que trabajan. Éste puede ir desde la obstétrica sometida a las reglas del sistema médico, dentro de una institución en la que no le permiten más que ser ayudante del obstetra, hasta las parteras europeas que tanto dentro como fuera de las instituciones tienen un grado enorme de poder en la toma de decisiones.

Por otro lado están las rurales que son las que viven y atienden partos en el campo, en la montaña, donde no hay centros de salud, y cuya forma de trabajo es más parecida a la de las antiguas comadronas. Ellas recibieron el saber de la partería de sus antepasados o de otras mujeres de sus pueblos, y transmitieron sus conocimientos durante siglos con muy pocas variaciones. Si bien se las llama en general "parteras tradicionales", habría que hacer una división entre las propiamente tradicionales y las empíricas. Las primeras son las que recibieron los conocimientos de su familia, y las empíricas son aquellas que empezaron a trabajar por alguna razón azarosa, como por ejemplo haber parido solas, y a quienes sus vecinas convocan a partir de esa experiencia. Hay que aclarar que ellas no vienen de una familia de comadronas.

Hasta hace unos cincuenta años, las mujeres compartían el embarazo, el nacimiento, el amamantamiento y la crianza con los demás miembros de la familia. Residían en casas grandes en las que las hijas que se casaban se quedaban viviendo allí con sus maridos. De modo que, desde muy pequeños, niños y niñas estaban en contacto con los nacimientos, que generalmente sucedían en un cuarto cercano

al suyo, y eran un hecho familiar. Muchas veces la comadrona, o quien la ayudaba, era la abuela del recién nacido. Todo esto ocurría antes de que la familia deviniera nuclear y el sistema médico asumiera las funciones que antes pertenecían al ámbito del hogar.

De la misma forma, las parteras tradicionales son mujeres cuyas mamás y abuelas fueron parteras. Desde niñas acompañan a sus madres a los partos, hasta que en algún momento les dicen: "Hoy vas sola". A veces empiezan desde muy jóvenes, catorce o quince años. No lo eligen, sino que sienten que es lo que deben hacer, que recibieron un don y un mandato. No tienen la opción de quedarse en su casa porque les duele el estómago; si las llaman, ellas van al parto aunque tengan que dejar a un hijo propio enfermo. Sienten como un mandato cultural, ni siquiera religioso, que ésa es su misión en la vida. Y si les pagan por atender ese parto mucho mejor, pero si no, harán su trabajo igual porque viven su función como un destino. Ellas van y ayudan, hacen lo que pueden, pero saben que ese bebé o esa parturienta pueden morir. Si eso pasara, no serían sancionadas por la comunidad, porque por lo general habitan en culturas no industrializadas, donde se sabe que una mujer va a parir en su vida cinco o diez hijos, y que no todos vivirán. Esto no quiere decir que una partera tradicional no haga todo lo posible por evitar la muerte. De hecho, cuando ven que se empieza a esbozar la dificultad, y se podrán necesitar recursos que ellas no tienen, intentan trasladarse con la embarazada hasta el centro de salud más cercano, que puede estar a tres o siete horas de mal camino.

Ahí se evidencian dos de las grandes dificultades que tienen: la comunicación y el transporte. Ellas se dan cuenta con mucha anticipación de posibles complicaciones, pero no

tienen a su disposición manera de hacérselos saber a los especialistas que están en los centros asistenciales, y éstos a su vez no tienen forma de llegar rápidamente a donde están esta mujer y la parturienta.

Cuando después de varias horas de trasladarse, probablemente en carro, llegan a algún hospital, comadrona y parturienta se enfrentan con el tercer problema: la discriminación. La embarazada por haber elegido una partera tradicional y no haber recurrido desde el comienzo al centro de salud, y la partera tradicional porque desde el *establishment* médico es descalificada por "sucias, ignorantes y analfabetas", entre otras cosas, y por lo general no se le permite acompañar a la madre durante el parto. Esto hace que esta futura madre aumente terriblemente su estrés y que empeoren las condiciones de su parto.

Acostumbrada a parir en el campo, rodeada de su familia y con la ayuda de estas comadronas que también son como su familia, se encuentra de pronto sola con gente desconocida y en una situación de riesgo. Al aumentar el estrés, aumenta la patología y eso sirve como excusa para que luego digan que las comadronas no saben, o que el parto en casa es riesgoso, sin entender que la patología, en estos casos, es intensificada por el sistema.

Creo que si se respetara el saber de las parteras tradicionales, que es valiosísimo, y se les dieran elementos de los que disponemos las urbanas, como la comunicación y el transporte, se reducirían mucho la morbilidad y la mortalidad perinatal¹¹ en las áreas rurales. Porque ellas cuentan con recursos que nosotras ni siquiera conocemos y que son los que les permiten manejar muchas situaciones sin la necesidad de recurrir a la tecnología.

En la Conferencia Internacional de Partería Profesional y Autorregulación que se realizó en México en el año 2002,

donde había muchas de estas comadronas, se sugirió que ellas debían contar con conocimientos científicos porque sus saberes no eran suficientes. ¿Cómo se dan cuenta por ejemplo de que una embarazada está hipertensa si no tienen elementos para tomarle la presión, si no saben leer ni escribir? Y ellas respondieron que se daban cuenta por los pulsos de esas mujeres. ¿Cómo lo hacen? No lo sé. Pero saben hacerlo, de eso no caben dudas. Del mismo modo, tienen recursos para que un bebé se ubique bien cuando viene en posición pelviana, o sea, sentado. Cuando aquí pasa algo así, seguramente terminará en cesárea, porque a los obstetras les produce muchísimo temor.¹²

Otro tema que manejan muchísimo mejor que nosotras es el de la alimentación. Si se pudiera mantener una rutina acorde con los nutrientes que la madre y el feto necesitan durante todo el embarazo, esto facilitaría notablemente el proceso.

Frente a una anemia, inmediatamente recetamos hierro, que es bastante difícil de absorber por el organismo porque los comprimidos suelen dar náuseas y las inyecciones dejan unos moretones monstruosos. Ellas, en cambio, recomiendan jugos de zanahoria, espinaca y alfalfa todos los días por la mañana. También sería cuestión de probar. Pero no hay que olvidar que estas mujeres tienen sus propias huertas, sin fertilizantes ni químicos, y que los vegetales que ingieren están recién cosechados. Los vegetales y frutas que ingerimos en la ciudad, en cambio, suelen estar rociados con pesticidas, y pasar por largos períodos de almacenamiento y no sabemos cuántos nutrientes se pierden en ese tiempo.

Las parteras empíricas también aprenden del legado de otras mujeres, de lo que ven, de ayudar. Pero no necesaria-

mente vienen de una familia de parteras. Es el azar, las circunstancias, lo que les indica el camino de ese oficio.

En México conocí a doña Francisca, que vive en San Juan, un pueblo ubicado a ciento cincuenta kilómetros del Distrito Federal. Tiene más de setenta años y es partera empírica desde hace varias décadas. Tenía tres hijos y cuando se embarazó del cuarto, su marido le dijo que no era de él. Como ella no tenía manera de probar la verdad, decidió que lo iba a dejar en las manos de Dios, que no pediría ayuda para el parto: si el bebé se moría, que muriera, pero si vivía significaba que ella decía la verdad y ese hijo era de él. Cuando llegó el momento, no le avisó a nadie, ni siquiera al marido. Estuvo absolutamente sola y el niño vivió. Entonces cuando descubrió que estaba esperando su quinto hijo, se dijo: "Si pude sola una vez, podré de nuevo". Y volvió a hacerlo. Enseguida corrió la voz por el pueblo y empezaron a llamarla para que atendiera los partos de otras mujeres. Así se hizo doña Francisca, que además es curandera, sanadora, y sabe de otras artes —como hierbas, baños y aromas— que en general manejan todas las parteras empíricas y tradicionales.

Empecé a conocer cómo trabajan tanto unas como otras hace muy poco. La primera sensación que tuve fue la de que la ignorancia con que nos manejamos las parteras urbanas es enorme, que carecemos de la sensibilidad que ancestralmente tuvimos, y que nuestra formación y el ejercicio de la profesión lo hacemos fundamentalmente desde la cabeza y no desde el instinto. Luego me di cuenta de que unas y otras estamos en espacios muy diferentes que requieren conocimientos diferentes, y que así como nosotras no sobreviviríamos atendiendo partos en el campo, ellas no sabrían cómo arreglárselas en la ciudad. Esto me llevó a reflexionar también sobre si es necesario un intercambio: si ellas deberían tener más

conocimientos científicos y técnicos y si nosotras tendríamos que conocer más del uso de técnicas antiguas, sencillas y eficaces. Creo que podría ser valioso en la medida en que cada una tome lo que necesita, sin imponer nada, ya que algunos de los conocimientos que tienen podrían sernos útiles pero otros no y viceversa.

La nutrición, por ejemplo. Ellas dicen que antes y durante el embarazo no hay que comer enlatados y que todas las verduras y frutas deben venir de la huerta. Acuerdo con esto, pero también pienso en una mujer urbana embarazada, que muchas veces no tiene el tiempo, ni sabe qué es mejor para ella y su bebé. ¿Cuántas de nosotras tenemos una huerta orgánica sin conservantes ni químicos? Y aunque pudiéramos cuidarnos con la alimentación, es habitual que comamos en restaurantes o en casas de otras personas donde nos adaptamos al menú.

Tuve ocasión de vivir una situación muy particular mientras asistía a un encuentro en el que había parteras tradicionales.¹³ Cuando me fui de Buenos Aires había dejado a una embarazada de 41 semanas, y previendo que el parto podía ser en esos días de ausencia dejé a una colega reemplazándome, que sabe cómo trabajar. A las veinticuatro horas de llegar a la provincia argentina de San Luis, esta futura mamá me llamó al celular a las ocho menos cuarto de la mañana para decirme que estaba con contracciones. Había tenido una cesárea anterior, lo que quiere decir simbólicamente que "no pudo parir", y que por lo tanto estaría con muchas dudas esta segunda vez, preguntándose si ahora sí podría. Cuando en la madrugada habían empezado las contracciones, ella había llamado a mi reemplazante, quien le dijo que tomara un medicamento que inhibe las contracciones. Esa indicación fue un error, porque lo que queríamos justamente era que empe-

zara a tenerlas para intentar un parto normal. Pero según me explicó después la colega, no podía dejar de pensar que había una cesárea previa y tenía temor de enfrentarse a un parto normal. Así que, mientras yo participaba del encuentro, una gran parte mía estaba pendiente de lo que pasaba en Buenos Aires. La embarazada me llamó dos y tres veces por día para calmar su angustia y yo trataba de sostenerla con esas comunicaciones telefónicas, porque ella seguía con un molesto parto, pero mi colega no podía hacerse cargo de la situación. Finalmente la revisaron y tenía una dilatación de cuatro o cinco centímetros. De modo que me volví antes y la encontré con siete centímetros. Como ella tenía decidido parir en una clínica, la internamos y acordamos ponerle una peridural y un goteo suave porque estaba exhausta, llevaba tres días y tres noches con contracciones cada diez minutos y sin que el parto avanzara demasiado. Hacer estas intervenciones era, en este caso, facilitarle las cosas. Cuando el bebé estaba coronando, con media cabeza afuera, escuchamos que sus latidos eran de 40 o 50 por minuto, cuando el mínimo aceptable es 120. A causa de eso se le hizo una episiotomía casi ridícula por lo pequeña, pero así nació. Estaba muy deprimido, y la neonatóloga le puso compresas tibias, lo frotó y lo masajéo mientras le hablaba para estimularlo. En tres minutos estaba perfecto sin que se le hubiera puesto ni una sonda ni se lo hubiera separado un momento de la madre.

¿Qué quiero decir con esto? Que en las ciudades tenemos recursos que si se utilizan adecuadamente pueden evitarnos desde complicaciones y cesáreas hasta una muerte. Esta mujer llegó a su parto no sólo con una cesárea anterior, sino con problemas de pareja, la ausencia durante el parto de la partera en quien ella confiaba, y una natural fragilidad capilar que podía hacerla sangrar mucho. Si no hubiera

tenido un teléfono celular no habría podido sostenerla emocionalmente durante tres días. Y si no hubiéramos tenido la tecnología disponible no habríamos podido evitarle una nueva cesárea, y en caso de que ésta hubiera sido necesaria, no habríamos podido hacerla. Tanto nosotras como las parteras tradicionales tenemos técnicas y recursos propios de nuestro medio ambiente, y los partos que acompañemos estarán determinados por esas circunstancias.

Un siglo de sometimiento y repliegue

En 1984, dos investigadoras catalanas publicaban:

[...] las dos formas distintas de exclusión y manipulación que vivimos las mujeres en contacto con la institución médica: la primera como trabajadoras de la sanidad, relegadas hoy a papeles absolutamente secundarios, cuando persiste todavía fresco en nuestra memoria el hecho de que las prácticas y sustancias curativas fueron durante siglos de nuestra exclusiva competencia; la segunda como sujetos pasivos en los que la medicina, desde su aparición como institución, ha encontrado un verdadero filón dadas nuestras características fisiológicas.¹⁴

La función histórica de las parteras está hoy despedazada. Hablo de despedazamiento porque el rol de acompañar el proceso de la vida reproductiva de la mujer desde que se embaraza, pero particularmente alrededor del parto, está dividido entre muchos "especialistas".

Apareció primero el obstetra, quien, con el argumento de resolver problemas de patología fue avanzando y toman-

do decisiones sobre cuestiones que antes resolvíamos nosotras —si se sigue con el trabajo de parto o no, si se pone una peridural, si se induce el parto—. En el momento en que el obstetra llegó al escenario de los partos y empezó a tomar las decisiones, la partera dejó de actuar por sí misma, pero siguió acompañando el proceso. Dejamos de estar al servicio de una parturienta para estar al servicio de un médico, quien decide cuándo, cómo y qué. De hecho, legalmente es así: las obstétricas no podemos medicar si no tenemos su aval. Se empezó a conformar un equipo obstétrico liderado por el tocólogo, en vez de estar liderado por la partera. También apareció el anestesista. Con su llegada, la mujer dejó de ser persona, porque cuando se le aplica cualquier tipo de anestesia deja de estar conectada con lo que siente y con lo que le pasa. Y después del nacimiento, tenemos al neonatólogo, el pediatra que específicamente se ocupa del bebé en los primeros diez minutos de vida. En la mayor parte del mundo no existe esta función. Está incluida en la asistencia del parto. Al haberlo, las intervenciones sobre el bebé se multiplicaron: aparecieron vacunas, pinchazos, extracciones de sangre, vitaminas, aspiraciones.

Lo que se está haciendo en este momento con el recién nacido —pesarlo, medirlo, ponerle sondas apenas ve la luz— es de una violencia y agresión monumentales e injustificadas. Pero como no alcanzaba, apareció la nurse, para ayudarlo, aunque su función no está muy clara porque en el 99% de los casos si la madre no es molestada el bebé no suele tener problemas. Es quien toma al bebé, se lo lleva, ejecuta algunas de las rutinas como inyectarlo, pesarlo, medirlo y bañarlo, y después lo viste y lo deja en una cuna. Está además la enfermera de la sala de partos, que es como la dueña del lugar y quien le quita toda emoción y humanidad al milagro del nacimiento. Ella está en su espacio de trabajo, tiene las puertas

abiertas y las luces prendidas, entra, sale, grita, pide cosas... todo esto produce daño.

Y surgió otro personaje más: la puericultora, que en los dos días siguientes al parto enseñará a la mamá cómo cambiar a su bebé, sostenerlo, ponerlo en la teta, acunarlo, todas enseñanzas que también eran función de la partera y que ésta sigue haciendo en la mayor parte del mundo. Es más, la formación académica incluye estos aprendizajes aunque después no los pongan en práctica.

Un personaje que apareció sobre todo en los últimos años, y que es fundamental desde el punto de vista de la partera, es la persona que se ocupa de "la preparación para el parto". ¿Qué importancia particular tiene este tema? La preparación para el parto es la herramienta por excelencia para establecer una conexión profunda e íntima con las embarazadas. Uno de los elementos principales para que el nacimiento transcurra normalmente es que haya un buen vínculo, soporte, sostén, y esto es posible gestarlo en los encuentros semanales. Pero aparecieron psicólogas, bailarinas, profesoras de gimnasia, de yoga, musicoterapeutas. Quien tiene deseos y mínimos conocimientos, ofrece públicamente esta tarea, sin control oficial alguno. Esto sucede en parte porque el espacio es dejado vacante por las mismas obstétricas que dicen que no tienen formación para abordar lo corporal. Es cierto que en la facultad no enseñan nada de esto, pero además su autoestima es bajísima. Y aun suponiendo que supiera encarar un abordaje corporal, surge el impedimento del obstetra, porque "el cursito" —como ellos llaman despectivamente a este trabajo previo con las futuras madres— es el espacio en el que "tienen" que decirles a las mamás lo que el médico espera de "las pacientes" en el parto.

Cuando vienen embarazadas a mis grupos y ya sé que no van a parir con mi asistencia, les digo que no dejen de ir adonde les indica su obstetra, porque son estas parteras las que les van a contar de verdad cómo va a ser encarado el parto, más allá de lo que ellas hablen en el consultorio cada mes. Además, esas consultas mensuales con el médico suelen ser extremadamente cortas y rápidas. Como el control del embarazo también está en manos de los obstetras, aunque legalmente estamos en condiciones de hacerlo y de solicitar estudios, nos han quitado toda la ligazón con las mujeres también durante toda la gestación. Me di cuenta de esto hace muy poco tiempo.

Desde que recuerdo, se ha ocupado el médico. Ni me planteaba el tema como inquietud. Recién tomé conciencia en los últimos años cuando empecé a conectarme con comadronas de otros países y entendí que dejar de ocuparme de eso me limitaba también para opinar sobre las intervenciones que se les hacían a las embarazadas durante el parto, sobre la necesidad o no de una cesárea, o sobre cualquier otra cuestión.

¿A qué quedó reducida la labor? A complementar, con actividades secundarias, y no vinculares, la del obstetra. Haciéndonos ocupar de los monitoreos, la identificación del recién nacido, la redacción de las historias clínicas, las "ayudantías" en las cesáreas, nos están distrayendo de nuestro rol. Estas tareas que las obstétricas realizan hoy en las instituciones parecen darles un cierto estatus pero en realidad las sustraen de la función esencial: acompañar a una mujer en el parto facilitándole y compartiendo esta situación maravillosa, compleja, dolorosa, terrible, milagrosa, que es el nacimiento de su hijo, sacar del propio cuerpo a otro, encontrarse con otro que hasta hace un instante era parte del propio cuerpo.

Hace un tiempo vino a verme una pareja por primera vez y él me dijo: "No sé qué tienen que hacer los médicos en esto del parto, que es una cosa natural. Y las parteras... eso es un invento". Esto habla de la ignorancia de este futuro papá, pero lo cierto es que muchísima gente me pregunta en qué consiste nuestro trabajo. La gente no tiene idea de cuál es, y en el 99% de los casos, cuando las mujeres están embarazadas van a ver a los médicos, no a nosotras. La partera está desaparecida del sistema. A eso me refiero con despedazamiento del rol.

Sometimiento en cadena

¿Cómo llegamos a esto? Porque trabajamos dentro de un medio donde hay un sometimiento en cadena. Las empresas de medicina prepaga son, justamente, empresas, y por lo tanto buscan un rédito económico. Sus objetivos no tienen que ver con el mejoramiento del sistema de salud. Y los hospitales son parte de un servicio público en crisis, que se arregla como puede, y que depende de un Estado en donde hay gente que también quiere ganar dinero. Pero además, los hospitales son un espacio de aprendizaje donde inevitablemente uno somete y se deja someter.

En todo el sistema de salud hay una enorme presión sobre los profesionales, especialmente en la medicina prepaga, en la que las empresas someten a los médicos —en este caso obstetras—, éstos a las parteras, y nosotras a la vez lo hacemos con las mujeres. Estas empresas pagan poco y mal a los profesionales, y esto deriva en maltrato. Un obstetra necesita atender muchos partos por mes para que le resulte redituable, porque más allá del nivel de vida que quiera llevar

tiene que vestirse de determinada manera, asistir a congresos de perfeccionamiento, y eso requiere de mayores ingresos. Además pospone su vida privada por un trabajo que puede requerirlo en cualquier momento, entorpeciendo cualquier tipo de proyecto personal.

En el caso de las parteras, una colega me planteaba hace un tiempo una situación paradigmática: "A mí me pagan setenta pesos el parto. Me llaman a las 2 de la mañana, tengo que tomar un taxi para ir a la clínica, un café, después otro taxi para volver... entonces necesito que sea lo más pronto posible, porque en realidad de los setenta pesos me quedan cuarenta, y tengo que 'hacer' quince o veinte partos al mes para que me reditúe. No estoy en condiciones de acompañar, sostener, contener... como la futura madre necesitaría".

El resultado es que para que estos partos sean rápidos, se arma un método bastante nocivo: se interna a la parturienta rápidamente, con poca dilatación y contracciones todavía no muy frecuentes; se hacen goteos, peridurales, se ponen masivamente prostaglandinas sin evaluar cada situación, y en tres o cuatro horas el niño "saldrá" por vía natural o por cesárea, eso no importa. Como tampoco importa el precio corporal y emocional pagado por cada mujer.

En los hospitales, a las 8 de la mañana, la guardia que entra espera que los del turno anterior le hayan dejado "todo limpio". "¿Qué me dejaste?", preguntan. "Y... te dejé una primigesta y una bolsa rota." "¿Cómo me dejaste eso? ¿Por qué no lo resolvieron?"

Cuando yo hacía guardias, hace más de veinte años, la titular me decía: "Vamos a tratar de 'sacar' todo para el mediodía así podemos dormir la siesta tranquilas porque no sabemos cómo viene la noche". Pero si durante esas veinti-

cuatro horas uno no interviniera habría mucha menos patología y no sería necesario estar tan atento; si en cambio ponemos un goteo, hay que estar controlando ininterrumpidamente.

En una guardia muy progresista de un hospital de la provincia de Buenos Aires, donde hay parteras conscientes pero muy limitadas para actuar, me contaban que los residentes médicos entran a las ocho de la mañana y hacen lo que quieren sin ningún control y ellas van detrás resolviendo a veces cuestiones graves. Si se induce con dosis excesivas de prostaglandinas, lo más probable es que se desaten tremendas reacciones. Estos futuros obstetras las colocan a la mañana para "terminar los partos" al mediodía. Cuando las obstétricas llegan, se encuentran con que, por ejemplo, se las pusieron a una embarazada que tenía una cesárea anterior, en la que está contraindicado, o sea, sin siquiera leer la historia clínica.

Este caso, que fue real, se pudo haber convertido en una tragedia, la mamá y el bebé podían haber muerto si la partera de guardia no se hubiera dado cuenta. Pero en el hospital, ellos, que están aprendiendo, tienen más poder que estas profesionales que están hace años. Porque son médicos. Aunque se hayan recibido muy recientemente, estén aprendiendo su especialidad, y no tengan experiencia. El abuso de poder del equipo médico —incluidas las obstétricas— sobre las embarazadas aparece en los relatos de muchas mujeres después de sus partos. A mí me impresiona bastante que, en vez de hacer una alianza con las futuras madres, estemos formando parte de este sometimiento en cadena. Deberíamos plantearnos cómo estamos trabajando, en función de quién, para qué. Cuando se nos llama a cualquier hora, en cualquier momento... ¿Para quién acomodamos el nacimiento: para

esta mujer, para nosotras, para los médicos, para la maternidad? ¿Para quién estamos "conduciendo" este parto?

Recuerdo haber perdido muchos trabajos porque cuando llamaba al obstetra para decirle que alguien había empezado el trabajo de parto, él me contestaba: "Tengo tiempo entre las 4 y las 6 de la tarde, maneja lo para que sea en ese horario". Y yo contestaba que no sabía conducir partos.

Tengo colegas que se sienten casi diosas porque son capaces de "preparar" un parto para que sea a determinada hora. Yo no lo he aprendido, en verdad no quise hacerlo. No sé cómo se hace para que se produzca antes ni después.

Tenemos que recuperar el vínculo con las gestantes y también el respeto que nos merecemos. En estos últimos años sólo tenemos el rol de una ayudante, un espacio en el que nuestro saber ancestral no es tenido en cuenta. Y esto es un error. Nuestra función es la de una mujer simétrica con la embarazada, que puede ponerse afuera, que tiene los conocimientos, la continencia, la tranquilidad y la experiencia para acompañar la aventura que va a vivir cada una de ellas.

Nuestro sometimiento se expresa, como ya mencioné, también en los honorarios. Las parteras tenemos que defenderlos. Por lo general trabajamos gratis muchos años hasta que empezamos a percibir una remuneración, y cuando llega ese momento son los demás los que deciden cuánto nos corresponde. Tenemos que encontrar la manera de discutirlo con quien haga falta, asociarnos, aliarnos y dar pelea.

Es necesario que nos hagamos valer en todos los niveles, y el dinero, más allá de lo que signifique como valor de cambio, en esta sociedad también nos resignifica como profesionales.

También se vuelve imprescindible defender nuestra presencia en todos los espacios que tienen que ver con el parto: incluso en una cesárea; o en los ámbitos académicos, en los

congresos. Muchas veces somos invitadas como oyentes, pero no como disertantes. Y aun en ese caso, no participamos, por prejuicios, por autodescalificación. Hay que animarse y mostrarse, porque aunque recién estamos empezando a documentarnos con trabajos científicos, hay una experiencia empírica que sólo tenemos nosotras.

En 1982 se realizó en la provincia de Corrientes un congreso nacional de obstétricas. Fui con Marta García, una colega y amiga con quien presentamos un trabajo. Cuando expusimos, las quinientas asistentes que había se pusieron de pie y empezaron a aplaudir, llorando, fue muy conmovedor. Lo que las había movilizado no era tanto lo que habíamos dicho, sino que éramos las únicas colegas exponiendo. Todos los que hablaron eran médicos, excepto nosotras dos.

Otro ejemplo: en el año 2001 se hizo en Buenos Aires el XIII Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia Psicosomática. Como yo era miembro de la filial de la Argentina, me invitaron a hablar sobre *midwives* (la forma en que denominan a las parteras en Estados Unidos). Cuando poco antes de la realización del evento me llegó el programa, no sólo no figuraba mi ponencia sino que no había ninguna disertación prevista sobre el tema. Llamé a la Asociación y, pidiéndome disculpas, dijeron que lo habían quitado del programa porque "tenían otros compromisos". ¡No iba a haber una sola ponencia sobre partería en un Congreso de Obstetricia Psicosomática! ¡Y no la hubo!

¿Cómo "se hace" una partera?

Como dijimos, las primeras surgieron de forma empírica. Aprendían en la vida cotidiana, viendo lo que pasaba al-

rededor, en sus familias o acompañando a otras mujeres. Esto hacía que la formación para el parto fuera práctica. Era un conocimiento que se incorporaba naturalmente.

Con la familia nuclear eso ya no ocurre, y cada mujer sólo tiene como experiencia lo que su madre pudo haberle contado.

Algunas de las primeras parteras dejaron textos escritos, pero la transmisión del conocimiento fue fundamentalmente oral y empírica: un saber ancestral del que cada una fue portadora a través de la historia.

Con el tiempo, hubo una exigencia social para que tuvieran conocimientos más formales, y en el siglo XIX se institucionalizó la formación.

Argentina

En la Argentina, al igual que en la mayoría de los países, el primer requisito que se exigió para estudiar fue la escuela primaria terminada. Se trataba de un curso de un año en el que se recibían nociones de higiene y aspectos concretos del parto.

A comienzos del siglo XX fue creada la carrera terciaria, llamada Escuela de Obstetricia. En 1966 la cerraron, y fue reabierta diez años después bajo la presión de obstétricas y futuras estudiantes. Y esta escuela se transformó, en 1999, en la carrera de Licenciatura en Obstetricia.

Soy muy crítica con la formación académica porque creo que no pone el eje en la función principal. Los estudiantes reciben una cantidad enorme de conocimientos más vinculados a los procesos patológicos que a la fisiología normal. Es un mecanismo deliberado que responde al control e intromi-

sión que el poder médico ejerce sobre el embarazo y el parto. Las clases las dan mayoritariamente médicos, en general varones, y el enfoque de la carrera también responde a sus criterios. El programa está armado desde esa concepción aun cuando la directora sea una obstétrica, y muchas de las docentes también, eso sí: formadas por los obstetras.

En el ejercicio de la profesión no intervenimos —ni debíamos querer hacerlo— en los aspectos patológicos de la gestación o del parto. Tenemos que llevar adelante el control de un embarazo natural y acompañar a las gestantes hasta el nacimiento, del mismo modo. Estamos capacitadas para hacerlo desde el principio hasta el final. Si aparece una patología, la tratará un médico.

Cuando se reabrió en 1976 la Escuela de Obstetricia, la currícula resultó ser mucho más extensa y medicalizada que la que se dictaba diez años antes, e incluso con el tiempo se complejizó.

Quienes egresan hoy saben realizar monitoreos, pueden trabajar en prevención del sida y menopausia, y muchas cosas más, y en general están bastante satisfechas con lo que han aprendido. Pero a los agregados hay que sumarle “olvidos” importantes. No hay materias, ni un enfoque transversal de las mismas, en donde se hable sobre lo que sentimos frente a nuestro oficio.

El mayor interés de un obstetra —en general, actualmente inmerso en la tensión del sistema de salud— es que les “manejen” los partos para que ellos lleguen, se pongan la bata y reciban al niño que está asomando. La dictadura de la medicina los transformó en “los” protagonistas del parto. La futura madre hace su trabajo sola o con la partera, quien interviene con rutinas, si lo considera necesario para que a la hora en que el médico dijo que llega, esté “lista”. Y cuando el

bebé va a nacer, la obstétrica le dice: “Acá está, doctor”. El médico se pone la bata, lo recibe y se lo muestra con orgullo a la madre. Y normalmente en menos de una hora ya se retiró. Esto distorsiona otro aspecto fundamental: la protagonista debe ser la parturienta, y alrededor de sus tiempos y necesidades tendríamos que acomodarnos quienes la acompañamos. Porque el parto no lo “hacen” la partera o el médico: es la madre la que pone el cuerpo, la que puja, la que hace que ese bebé nazca.

Al proceso de medicalización de la currícula lo llamo de “deformación”, en lugar “de formación”. Detrás de esta deformación estuvo implícita la premisa de que las parteras empíricas tenían que tener conocimientos formales porque lo que sabían no alcanzaba. El saber científico cuestionaba el aprendizaje ancestral. De allí derivan presunciones que denigran su figura. Cuando empezó la institucionalización del saber se decía que debían “ser limpias”. ¿Cuál era la información subliminal? Que las parteras eran sucias. Después aprendimos a poner inyecciones, a manejar los rudimentos de enfermería, lavábamos vulvas... Cuando empecé a trabajar, antes de que el médico hiciera el control ginecológico me ocupaba de lavar a la parturienta con un antiséptico. La información subliminal en este caso era “vos sos la de la limpieza”. Esto es contrabando ideológico y bajó enormemente nuestra autoestima.

Pero como los nuevos conocimientos incluyeron el aprendizaje de técnicas consideradas médicas hasta entonces, la desvalorización supuestamente se “compensó” y una obstétrica que se recibe ahora está muy conforme porque sabe instrumentar o ayudar en una cesárea. Sin embargo, no se sumaron saberes básicos y riquísimos de las parteras empíricas y tradicionales, en parte porque el empobrecimiento cultural hace que se los desconozca, y en parte porque son

subvalorados. Ellas manejan lo que se llama "artesanía obstétrica": técnicas que no transmite nadie más que ellas o quien se haya formado con ellas y que incluyen el manejo de hierbas, de las líneas energéticas, formas no usuales de tomar el pulso, imposición de manos y sobamientos y manteadas (masajes en distintas partes del cuerpo con diferentes objetivos: estimular el parto, que el bebé que está "sentado" se dé vuelta, interrumpir las contracciones para que la mamá pueda descansar, o a la inversa, que se hagan más frecuentes).

La formación de las obstétricas egresadas de la Universidad de Buenos Aires pasó a ser una licenciatura en obstetricia con el objetivo de que tengan un título homologable a nivel internacional. La carrera dura cuatro años de cursada más el Ciclo Básico Común; y desde hace años existe también la posibilidad de una residencia. La información que reciben es vastísima, pero si se analiza el programa hay una cantidad de materias que o son innecesarias o están mal ubicadas con respecto a las correlatividades. Creo que habría que reducirla a la mitad y darle a la carrera un nuevo eje. Las líneas fundamentales de mi propuesta para un nuevo programa académico son:

- Profundizar sobre las vivencias de las parteras frente a cada situación en la que acompañan a las embarazadas. Que tengan registro de lo que les pasa a ellas en esos momentos, que aprendan a hacerse cargo de sus propias emociones y sentimientos.
- Clarificar que el centro de nuestro oficio está en la "buena mirada", la escucha atenta de las necesidades de las mujeres.
- Integrar conocimientos y tener una perspectiva holística (no recortar la formación como se disecciona un cuerpo en una clase de anatomía).

Y que alrededor de estos ejes fundamentales se articulen los conocimientos que no son estrictamente necesarios para ejercer nuestro oficio pero que pueden enriquecernos y ayudarnos.

Leo muchísimo material vinculado lateralmente a la partería. Podría asistir a un parto sin haber leído esos textos, pero seguramente en algo me completaron. No estoy en contra de sumar información, pero cuestiono la disgregación, la falta de complementariedad y la dispersión que nos impiden ver la falencia principal: la ausencia de definición sobre el propósito del oficio. Creo que esta deformación se relaciona con que la licenciatura de obstetricia está subordinada a la carrera de Medicina. Me pregunto por qué las parteras estudiamos dentro de la Facultad de Medicina, ¿por qué no tenemos una escuela de parteras autónoma, no supervisada por médicos?

Pensemos en la Facultad de Ciencias Sociales, donde funcionan cinco carreras. Esto no implica que los sociólogos sean supervisados por los politólogos, o los trabajadores sociales por los comunicadores. Funcionan en el mismo espacio físico, comparten algunas materias, pero esto no desdibuja el perfil de cada disciplina.

La mirada de una partera debería ser integradora de la mujer: que pueda entender qué le pasa a cada embarazada no solamente desde el punto de vista orgánico. Hay que saber cómo está emocionalmente, cuál es su contexto cultural y social —no es lo mismo atender a una mujer que vive en la villa que a una que delinque, a una empleada doméstica o una profesional—.

Deberíamos recibir conocimientos de fisiología, psicología, antropología, sociología, pero además tener la capacidad de integrarlos; si no, vamos a tener a una partera con

una cantidad enorme de conocimientos recortados e incapaz de hacer la síntesis de esa mixtura que somos los seres humanos.

Estados Unidos

Esta formación tan medicalizada, orientada hacia la patología, no es un privilegio argentino. La misma tendencia se registra en muchos países.

Estados Unidos es un caso paradigmático. Allí, primero hay que cursar la carrera de enfermera universitaria y después la especialidad. Las profesionales recibidas de esta forma se llaman *nurse midwife*, que sería algo así como "enfermeras que están con la esposa". Reciben enseñanzas de psiquiatría, gerontología, trauma. Se repite el modelo de exceso de conocimientos que no son esenciales a la partería. Cuando egresan tienen un nivel de cientificismo impresionante. Excepto porque no hacen cesáreas ni usan fórceps parecen médicos, y su trato es tan distante y frío como el que podría tener uno de ellos, más allá de que sean mujeres.

Esta formación surgió en Estados Unidos después de que las escuelas de parteras estuvieron cerradas durante unos años. Al reabrir las, la partería ya no fue una disciplina en sí misma sino una subespecialidad de la enfermería. ¿Qué consecuencia tuvo esto? La misma que en la Argentina: distraernos del rol. No sólo es una pérdida de tiempo y un sinsentido, sino que es completamente deformante, las funciones son totalmente distintas. De hecho, la palabra "enfermera" viene de enfermedad, y el proceso del nacimiento no lo es.

Mucho después tuve ocasión de escuchar hablar a un conocido pediatra norteamericano en un congreso sobre la

"maravillosa función de las doulas". Pedí la palabra para decir que lo que él estaba ponderando era la verdadera función de las parteras. Traía como "una novedad" el modo en que disminuía la patología si las parturientas eran "maternadas" y no se las dejaba solas. Después de unos años de poner en práctica este modelo, detectaron que los partos se volvieron excesivamente intervencionistas. Se habían deshumanizado. Y el índice de cesáreas había trepado a cifras monumentales.

Entonces las mujeres se movilizaron. Se unían para parir en grupo, se formaban entre ellas, al lado de alguna mayor, leyendo, acompañando, al igual que las primitivas empíricas. Se rebelaron contra el sistema médico y empezaron a actuar en forma paralela a la legislación vigente. Parían libremente en sus casas acompañándose entre ellas. Con el tiempo armaron sus propias escuelas, no reconocidas oficialmente. Pero ya hace unos diez años, aproximadamente, la mitad de los Estados de la Unión había normatizado esta práctica para que hubiera cierto control. Y en la actualidad, después de dar un examen sobre obstetricia normal, algo de patología y puericultura, ellas obtienen una licencia que las habilita para atender partos domiciliarios y en casas de nacimiento. Además, sus escuelas de partería están obteniendo lentamente estatus oficial. A las egresadas se las llama *lay midwife* o "parteras de entrada directa", porque, al igual que nosotras en la Argentina, no pasan previamente por la carrera de enfermería.

La falta del acompañamiento amoroso de las comadronas generó otra consecuencia en Estados Unidos: se reflató un término antiguo, *doula*, para denominar a las mujeres que acompañan y contienen emocionalmente en el parto y el posparto, dado que las enfermeras-parteras no lo hacen. La *doula* es un personaje que viene de Grecia. Su función era la

de un acompañamiento doméstico y afectivo de las mujeres que iban a parir. Se instalaban en la casa antes del parto y podían quedarse viviendo allí varios meses. Además de explicarles y sugerirles a las mamás cómo manejarse con el recién nacido, porque tenían mucha experiencia, colaboraban con las tareas domésticas. Lo que hacían, digamos, era "maternar" a las madres, hacerles el soporte emocional. Y aunque podían estar presentes en los partos, no se ocupaban de la atención propiamente dicha. Y esto sigue contribuyendo al "despedazamiento" del verdadero rol.

En la Argentina existe una institución, Crianza,¹⁵ donde se forman "doulas" pero con características bastante diferentes a las originarias y a las de Estados Unidos. Acompañan a las madres recién a partir del posparto durante días o meses, pero sin instalarse en la casa, sino con visitas de algunas horas, sosteniéndolas afectivamente y colaborando eventualmente con algún quehacer doméstico.

México

En México, el primer curso fue creado en 1833. Así nació la partería profesional, con la que se intentaría, dentro del sistema de salud formal, anular su rol histórico, y a la vez desplazar a las tradicionales, fundamentales en un país básicamente rural.

A comienzos de los años veinte del siglo pasado, el gobierno dictaminó que debían estar en los hospitales, haciéndose cargo de las embarazadas, la atención de los partos y el cuidado de los recién nacidos. Pero fundamentalmente esta estrategia contribuyó para que las mujeres aceptaran también ir a dar a luz allí, porque estaban las parteras de su con-

fianza. Y poco a poco se fue institucionalizando el dar a luz con los médicos únicamente, excluyendo a las comadronas del equipo profesional. Ésa es la situación actual: no las hay en las instituciones públicas. Los médicos consiguieron que ellas aceptaran (y aquí el tema de género es fundamental porque estas mujeres se sometieron al poder médico masculino) que lo patológico no era de su incumbencia. Y con esa excusa eludieron tomar en cuenta que el 85% de los nacimientos transcurren sin complicaciones. También cerraron las escuelas para las profesionales.

En cuanto a las tradicionales, la Ley General de Salud de México estipula que pueden atender partos normales en su comunidad siempre y cuando estén supervisadas por el gobierno. Frente a esta situación, en 1997 fue creada la Escuela Profesional de Partería del Centro para los Adolescentes de San Miguel Allende (CASA). Está reconocida por el gobierno y el objetivo es que allí se formen las que combinen en su saber las prácticas de la partería tradicional y los conocimientos médicos.¹⁶

Holanda

Una experiencia bastante interesante sobre la formación, que debería ser imitada en otros países, es la de Holanda. Allí, al ingresar, se les hace una entrevista bastante profunda sobre las motivaciones de su vocación, y de esa manera se ven obligadas a reflexionar sobre sus necesidades y capacidades emocionales para ejercer el oficio.

Y, si finalmente entran a la carrera, suelen tener bastante claros sus deseos y responsabilidades futuras.

Seres humanos con emociones contradictorias

La medicina, tal como está planteada desde el sistema de salud imperante, contempla muy poco, o nada, el aspecto emocional. No sólo de las personas que solicitan estos servicios, sino de quienes los brindamos. Esta negación se transforma en una cadena en la cual, como los especialistas no somos escuchados en nuestras problemáticas afectivas vinculadas al oficio, trasladamos los conflictos que éste nos genera a las personas que atendemos.

Conclusión: estamos desconectados de la conciencia de nuestra emocionalidad, manejando las variables fisiológicas o patológicas con una sospechosa asepsia de sentimientos, que tarde o temprano aflorará en nosotros, en el paciente o en el vínculo entre ambos.

Personalmente, siento mucho la carencia de un espacio de reflexión compartida sobre lo que me pasa en el ejercicio de mi oficio y paso buena parte del tiempo pensando cómo subsanarla. La primera pregunta que me surge es: ¿en qué parte de la carrera de Obstetricia se nos ayuda a las futuras parteras a ver qué nos pasa con ese aspecto del oficio? En ninguna. O sea, la formación ignora esas áreas. Y el ejercicio de la profesión en su forma convencional, también. Si queremos descubrir quiénes somos, qué nos pasa, tendremos que hacerlo solas. Lo fundamental es que nos demos cuenta de la importancia que tiene, sobre todo para las embarazadas que atendemos, el hecho de que podamos manejar las emociones contradictorias que muchas veces nos surgen frente a un parto. Cuando el trabajo que hacemos modifica el proceso de la persona que está delante, debiéramos tener acceso consciente y responsable a lo que se siente en cada instancia.

A una estudiante de primer año de Obstetricia que va al hospital a hacer una práctica tendrían que decirle que es muy probable que cuando ponga su mano sobre el abdomen de una embarazada eso genere sensaciones en esa mujer, y en ella.

Sabemos que el parto es una bisagra entre la vida y la muerte. Entonces, si podemos reconocer qué nos pasa a nosotras frente a ese hecho, evitaremos actuar procesos inconscientes que probablemente lo modificarían. Esta autoconciencia se vuelve básica para nuestra salud mental y es un derecho que tienen las parturientas para que se respete su proceso personal.

¿Qué nos pasa cuando estamos al lado de alguien que siente dolor? ¿Cómo vivimos nuestro propio dolor como para poder entender lo que le ocurre al otro? ¿Cómo nos sentimos cuando la pareja es separada en la puerta de la sala de partos? O al revés: ¿cuando en la sala de partos se besan eróticamente y se dicen palabras sensuales? Si podemos registrar los sentimientos que nos generan estas situaciones saldremos de un parto diciendo: "A mí me pasó tal cosa", "Hoy me sentí pésimo". Y podremos dejar esas sensaciones ahí, no las llevaremos incorporadas en el inconsciente sin saber cómo y cuándo reaparecerán, más allá de cómo hayamos reaccionado en el momento.

Que podamos hacerlo redundará en beneficio nuestro, de las mamás y del equipo con el que trabajamos. Si aprendemos a cuidarnos nosotras, estaremos protegiendo y preservando los vínculos que se establecen entre los protagonistas de un parto.

Gratificación vs. frustración

El tema fundamental que se juega detrás de estas situaciones es el deseo propio frente al del otro: la mamá, el papá o el obstetra. ¿Hasta dónde las cosas suceden como uno quiere y cuándo "se empiezan a ir de las manos" y predomina lo que quieren los demás? Éste fue un tema sobre el que aprendí bastante participando de cursos de psicomotricidad relacional con la técnica de André Lapierre.

En términos muy básicos, la cuestión sería: "Vos querés eso que está sobre la mesa y yo no quiero que lo toques, tu deseo es tomarlo y mi deseo es que no lo hagas. Alguno de los dos va a lograr cumplir el suyo y se va a sentir gratificado, y el otro va a sentir frustración porque esta vez no logró lo que buscaba". En una situación de parto, podemos suponer que una embarazada quiere, por ejemplo, una cesárea y, en cambio, la partera quiere que tenga un parto por vía baja. O viceversa. Alguna de las dos va a obtener la gratificación y la otra se va a sentir frustrada. A partir de tener conciencia de estos opuestos, entendí que no debo imponerme a una embarazada. Que debo respetar su necesidad y acompañarla en eso. Y que la frustración debe ser mía, no de ella. Aceptarlo y ponerlo en práctica me llevó años y fue un trabajo duro. Durante mucho tiempo volvía a mi casa terriblemente desanimada, porque las cosas no habían salido como quería, y lloraba durante horas. ¿Cómo yo, que soy tan continente, tan maravillosa, tan "bla, bla, bla", no logré que ella tuviera el parto que yo quería? El enojo conmigo misma a veces era enorme. Ahora, cuando en el trabajo corporal-emotivo previo con las gestantes preveo que puede aparecer una situación complicada en el parto, me preparo para eso. Querría que tuviera el mejor parto del mundo, pero por su historia y

sus límites es probable que le resulte difícil; y mi función será acompañarla en lo que ella pueda vivir para que lo atraviese de la mejor manera.

Las parteras tenemos que aprender a manejar nuestra frustración. Y no sólo con respecto a la futura mamá. En el parto nos vamos a encontrar con que muchas veces nuestro deseo tampoco es el mismo que el del médico ni el de la enfermera ni de los demás. Trabajar este aspecto mejorará nuestra tarea y a la vez facilitará un mejor vínculo con las parturientas. Para eso tendremos que reflexionar con conciencia sobre nuestra forma de relacionarnos, de ayudar, qué podemos aportar para que cada uno de los nacimientos sea más sano y mejor. Y esto nos llevará inevitablemente a la redefinición de nuestro rol, que es de acompañamiento y servicio, y no de poder e imposición.

El mundo sutil de lo femenino

No importa que existan obstetras hombres, que estén los papás presentes o, como está ocurriendo actualmente, que existan parteros varones. La energía que se vive en el parto es femenina, y debería estar protagonizado sólo por mujeres. Mujeres pariendo y mujeres acompañándolas. Sé que esta afirmación resulta polémica en tiempos de integración y equidad de género, y muchos dirán que es una actitud discriminatoria hacia los hombres, pero es mi más profunda convicción.

Hay un hecho irrefutable de la naturaleza: las que paren son las mujeres. Aunque haya inseminación artificial, espermatozoides congelados, fecundación in vitro, pero ese embrión anida en el cuerpo de ellas.

También hay operaciones que cambian los genitales externos, pero ningún hombre hasta el momento puede parir, y no hay evidencia científica de que eso vaya a pasar próximamente.

Existe un viejo chiste sobre qué pasaría si un hombre pudiera parir. Eso es ciencia-ficción. Si un hombre pariera, sería una mujer.

El mundo del parto es femenino por más que el ejercicio del poder del hombre y la ciencia nos lo hayan intentado arrebatarse en los últimos siglos. En los albores de la humanidad, cuando nadie se cuestionaba el tema del género, las mujeres que ya habían tenido hijos empezaron a acompañar a otras mujeres en sus partos. ¿Se eligió que las parteras originariamente fueran mujeres? ¿Que los hombres no estuvieran presentes? No. Surgió naturalmente.

Lo mismo pasa en otras especies de mamíferos, como los delfines: las hembras son las que se acompañan en los alumbramientos.

Las parteras somos mujeres, como las parturientas. Aunque no hayamos tenido hijos podemos vivenciar corporalmente la experiencia de dar a luz. Podemos ser cómplices de esa energía sutil de lo femenino que se juega en cada parto. Esto es algo que ningún varón, por más sensibilidad que haya desarrollado, puede experimentar.

El poder

Nos preocupamos y discutimos por el desigual reparto del poder entre los géneros en el orden público y privado. Y está bien que así sea.

Pero en el dar a luz no hay espacios para pelear, aunque los hombres crean que sí, porque "el poder" de parir le perte-

nece a la mujer, es intransferible y nadie puede quitárselo. Podrían esterilizar a una mujer, pero ni así obtendrían la potencialidad de parir, sólo se la negarían a ella. Lo que sucede es que al no poder robar esta fabulosa capacidad, robaron la experiencia "buena" del parto.

Una interpretación posible es que cuando el médico hace una cesárea innecesaria está negándole a la mamá su derecho a parir, porque la operación la hace él y al bebé lo saca él. Lo mismo puede decirse de las rutinas intervencionistas: primero someten a la embarazada a un dolor insoportable poniéndole un goteo con oxitocina o comprimidos de prostaglandina para acelerar las contracciones, y finalmente le inyectan una peridural y de este modo la sacan de la percepción de su cuerpo, de su goce, de su vivencia y de su experiencia de parto. Así, la mujer prácticamente no siente las contracciones ni la salida del bebé. Y entonces es el médico quien se apropia de esa experiencia. Esto se evidencia en el discurso —también de las obstétricas— cuando dicen: "Hice el parto". Ni él ni ella "hacen" nada, en el mejor de los casos son facilitadores. La única que "hace" es la parturienta. Aunque es correcto cuando el obstetra puede decir, triunfalmente: "Hice la cesárea".

Creo que existe una energía creadora del universo. Ésa es la más potente que existe. Y debajo de ella aparecen las hembras con su capacidad de dar vida. Creo que no hay otro "poder" mayor que el de la creación universal y el de la creación vital de las mujeres. Y que el sometimiento histórico de los hombres sobre las mujeres tuvo que ver con darse cuenta de que en ellas había una potencialidad, una energía, que ellos no tenían y tampoco podían controlar. Entonces implementaron dos estrategias para intentar el control de esos elementos inasibles: descalificar a las mujeres, especialmente a

las parturientas, las embarazadas, las que tenían su menarca; y paralelamente administrar los ámbitos claves para ejercer el poder, incluso sobre el del parto. Lo hicieron amparados muchas veces en la fuerza física, sin ser demasiado conscientes en un comienzo de ese ámbito inexpugnable del nacimiento.

Hasta que en el siglo XVIII los médicos se impusieron utilizando el supuesto conocimiento. Allí empezó el "escamoteo" de nuestra maravillosa función. Fue un proceso muy perverso y desde mi punto de vista originado en la "envidia" del hombre. Creo que Sigmund Freud trocó los tantos cuando habló de la envidia al pene. (¿No sería del útero?) Buena parte de esta historia de sometimiento por parte de los varones seguramente tiene que ver con su necesidad de cubrir el enorme vacío que les debe significar no poder tener la sensación de un bebé creciendo dentro del cuerpo.

Tengo muchas anécdotas que ilustran con formas desde simpáticas hasta agresivas estas sensaciones frente a la panza de sus mujeres.

Un papá me dijo una vez: "Yo nunca voy a llegar a sentir lo que ella está sintiendo", pero también hubo otro que le dijo a su mujer: "Bueno, che, ya es suficiente, parí de una vez. Ahora me toca un poco a mí el bebé". Y pensemos que esto es sólo lo verbalizado.

Se da un proceso en cierta forma paradójico: la mujer, que logró ser relativamente respetada en muchos ámbitos públicos (digo relativamente porque la mayoría de ellas cuando llegan a cargos jerárquicos no ejercen su poder con perspectiva de género, sino que copian el modelo masculino), y lo está logrando también cada vez más en los privados, no es tratada como una persona cuando va a parir. Todo su poder y sus logros son vulnerables en ese momento. Frente a

este avasallamiento, las únicas que podemos protegerlas somos otras mujeres, conscientes de nuestro rol y de su poder, las que entendamos con el corazón y la piel, no solamente con el intelecto, lo que ellas están viviendo. Pero en la práctica concreta los médicos entraron en el área de los partos por razones económicas y de poder. Ellos ganan mucho dinero atendiendo partos, cuando éstos fueron, y debieran seguir siendo, "un servicio entre vecinas".

La atención femenina

La cuestión de género atraviesa el parto desde muchos aspectos. Que sea un universo femenino, ¿implica que los varones deberían estar excluidos de él como padres, parteros y obstetras? Si, en cambio, son sólo mujeres, ¿estaría garantizada la energía de la que hablamos?

Para poder concretar un equipo con partera, obstetra y neonatóloga, todas debemos vivenciar nuestras experiencias profesionales desde un punto de vista de género. Las obstetras y neonatólogas por estar demasiado condicionadas por una profesión que se ejerce desde lo masculino, y las parteras por la desvalorización ya descripta, no estamos centradas con respecto a nuestros roles frente al parto. De modo que se hace difícil. Somos consideradas "menores" en la jerarquía de los profesionales de la salud por los médicos de cualquier especialidad e incluso por los psicólogos, y la percepción que tenemos de nosotras mismas también nos ubica en un plano secundario.

Imaginemos a una obstétrica convencional, que trabaja en instituciones. Acompaña a la gestante durante el embarazo, hace los controles hasta donde se lo permiten las normas

de cada servicio y, llegado el momento del parto, "lo conduje para que ella esté lista" cuando llegue el especialista.

Pensemos en otra partera que intenta trabajar en una línea alternativa; éste es un caso real. Lo está haciendo junto a un obstetra que también está buscando ser facilitador de partos más humanizados. Y me cuenta sorprendida que en el momento en que el bebé iba a nacer ella se hizo a un lado para que él lo recibiera. Me lo dijo cuestionándose sobre por qué lo había hecho. "No me sacó el lugar —dijo—, pero yo tengo internalizado que las embarazadas 'les pertenecen' a sus médicos" (frase que hemos escuchado reiteradamente, incluso en un congreso nacional de ginecología y obstetricia).

Durante muchos años, en la misma situación, yo me hacía a un lado y el obstetra con quien formábamos equipo lo recibía, porque eso era lo que me habían enseñado. Pero en algún momento, al igual que ella, me lo empecé a cuestionar, y cuando los partos eran en casas particulares ya no me moví. Él lo registró pero nunca me dijo nada. Sin embargo, observando retrospectivamente la situación, creo que la creciente autonomía que fui adquiriendo resultó probablemente uno de los motivos de desgaste de nuestro vínculo profesional. Me pregunto, ¿realmente no le molestaba que yo avanzara sobre espacios que supuestamente "son de los obstetras"?

Nosotras estamos autorizadas por ley a atender embarazos y partos normales.¹⁷ Sin embargo, el objetivo de desplazarnos de nuestro rol instituyó como costumbre que no sea así. En la práctica, en la gran mayoría de las maternidades, públicas y privadas, es el obstetra quien atiende los partos. Y si él no está, lo hará el médico de guardia, pero muy excepcionalmente la partera. Esto se me hizo evidente después de haber visto videos de partos atendidos en el Hospital de Pi-

thiviers que dirigía el doctor Michel Odent. Quienes los asistían eran las comadronas, y Odent estaba en el lugar, pero observando. Además, insistió siempre en sus libros y disertaciones en que ése era un espacio de ellas y que cuantos menos varones hubiera y menos se interfiriera, mejor. Él sólo hacía las cesáreas, cuando eran imprescindibles.

¿Qué siento ahora cuando en un nacimiento en casa me ocupo del acompañamiento, pongo las manos, recibo al bebé que está naciendo y se lo doy a la madre? Es glorioso. Pero además, dejar de hacerme a un lado me permitió tomar otras iniciativas. Empecé a discutir con el obstetra desde un lugar de pares temas que hasta ese momento dejaba en sus manos.

No hago episiotomías, por ejemplo. Si hay un desgarro y es necesario, se sutura. Prefiero ralentar la salida del bebé y que poco a poco se vaya distendiendo el periné. Sin embargo, durante años no tuve acceso a decidirlo. Agachaba mi cabeza detrás del médico y le decía: "No cortes, no cortes, espéra". Pero la decisión final la tomaba él.

Esto es lo que nos pasa en relación con nuestra sumisión al poder médico masculino, y es uno de los impedimentos para formar un equipo horizontal junto a otros profesionales. Pero, ¿qué les pasa a las obstetras, las neonatólogas? Querría que hubiera más médicas mujeres que pudieran ejercer con perspectiva de género, sin tener que instalarse en un espacio de poder masculino para sentirse valiosas. Voy encontrando algunas en el camino, pero en general todavía las veo muy viciadas por esa necesidad. Esto es algo que ellas "mamaron" en las instituciones —desde la universidad hasta los centros de salud— y también se los otorgan los mismos futuros padres.

Las obstetras son tratadas como médicos porque están investidas casi naturalmente de un rol masculino.

Desde el imaginario popular la doctora es como el doctor. Si en el parto, simbólicamente, el obstetra ocupa el lugar de padre y la partera el de madre, la obstetra ocupa también para la gente ese lugar paternal, aunque sea mujer. Es la que toma las decisiones finales, la que va a intervenir quirúrgicamente si hace falta; ocupa el lugar del saber, mientras que las parteras ocupamos, en el mejor de los casos, el del afecto. A su vez, esta asimetría de roles profesionales tiene su correlato en lo que cada uno percibe como la "justa remuneración económica".

Los médicos consideran que no podemos cobrar lo mismo que ellos porque somos "solamente parteras", no importa cuál sea nuestra labor. Para algunos, el parámetro de equivalencia deberían ser los años de carrera: los médicos cursan seis años, las psicólogas cinco y las parteras cuatro. Otros, en cambio, plantean la cuestión como una medida preventiva frente a posibles juicios de mala praxis. Dicen: "Si hay un juicio, van a accionar contra mí que soy el obstetra, no contra la partera". Me pregunto si hay que vivir en función de la medicina defensiva y, si tuviéramos esa actitud: ¿por qué no podrían hacerme un juicio a mí también?

Que prefiera un equipo obstétrico femenino no tiene nada que ver con la presencia del padre en el parto. El eje de cada nacimiento es la mujer, pero es una pareja la que deseó, buscó y esperó ese dar a luz.

Antiguamente, cuando las parteras íbamos a las casas, el papá siempre estaba en la habitación de al lado caminando nervioso hasta que la suegra, la madre o la comadrona salía y le mostraba al bebé. Hoy ese hombre está incorporado al momento del parto, y desde la propuesta que hago tiene una función concreta. Tiene la oportunidad de "participar" y no ser sólo un observador o acompañante.

En la Argentina estamos teniendo a los primeros varones egresados de las carreras y escuelas de partería. Después de muchos años de pelear para poder hacerlo, finalmente lo lograron. Personalmente, no me opongo a que se formen como parteros, pero me parece un sinsentido. Aunque suene, una vez más, discriminatorio. No importa cuánto puedan desarrollar los varones su sensibilidad para acompañar a una embarazada. En el parto la energía tiene que ser biológica y sexualmente femenina. La experiencia de parir sólo puede comprenderla en toda su magnitud un ser humano con la misma capacidad biológica.

En España el comadrón Jesús Sanz llegó al oficio desde una experiencia vital. Cuando tenía nueve años, vio a escondidas cómo su madre, que era matrona, recibía al hijo de su hermana. Esa imagen lo determinó y estudió tal como se hace en España o Estados Unidos: primero se recibió de enfermero y después hizo un año de especialización en obstetricia. Ahora tiene algo más de cuarenta años de edad y no deja de reflexionar públicamente —incluso hasta con un tono de disculpa y como pidiendo permiso— sobre si él "tiene derecho" a ejercer en este ámbito que es femenino por naturaleza. Hace muy bien su trabajo, pero siente que lo ejerce desde un lugar masculino. Va siempre con una mujer, que es quien cumple el rol de partera, y la que acompaña a la futura madre en el trabajo de parto. Si es de noche, es probable que él se duerma. Para una mujer es muy difícil dormirse en el parto de otra, rara vez podría relajarse tanto. Uno podría preguntarse si el poder médico masculino se impondría de la misma forma si el oficio de la partería fuera ejercido exclusiva o mayoritariamente por hombres, es decir si frente a otro varón los médicos tendrían las mismas actitudes de desvalorización que tienen con nosotras. Haciendo la

salvedad de que se trata de un ejercicio de imaginación (porque las parteras siempre fuimos mujeres), mi respuesta es que los médicos no modifican su actitud según se trate de hombres o de mujeres; no es solamente el sexo sino la jerarquía lo que determina el poder.

En España, donde hay bastantes comadrones, ellos mismos no consiguen frenar a los médicos; se topan con el poder médico masculino aunque lo ejerza una mujer.

Con las enfermeras, en cambio, hay una asimetría en el vínculo que se da por sentada sin cuestionamientos.

El médico dice "Rosita, ¿me traés los guantes?" y ella contesta "Sí doctor, ya se los llevo". O sea, él la tutea pero ella lo trata de usted; él la llama por su nombre de pila —sin usar el apellido, como también suelen hacer con las parteras—, mientras que ella lo llama por su título, que ni siquiera es tal, porque "doctor" es quien ha hecho un doctorado, y ellos son solamente médicos.

Los vínculos en el parto: armonía y conflicto

Las relaciones que entablan los protagonistas y participantes del parto —principalmente la gestante, pero también su compañero, la obstétrica y el/la médico/a— son fundamentales para el desarrollo del mismo. Y a la vez son complejas. Pueden aparecer problemas de pareja antiguos o inesperados; rispideces en el equipo obstétrico producto de un mal día o de una mala relación que los futuros papás desconocen; quizá no se logró establecer un buen vínculo entre la partera y la mamá o el papá, o entre el papá y el facultativo. Cada uno de estos cortocircuitos emocionales hará jugar el nacimiento de manera diferente. Los que debemos estar

fundamentalmente atentos a cómo se van desarrollando estas relaciones a lo largo del embarazo somos los miembros del equipo obstétrico. Estamos más capacitados para darnos cuenta de qué cosas de las que vemos pueden perturbar llegado el momento, y a la vez somos responsables, por ellos y por nosotros, de cada uno de nuestros actos.

Una vez más es necesario que las parteras miremos hacia adentro y observemos qué nos pasa con cada uno de estos personajes en particular. Estar atentas, vigilantes. Si suponemos que surgirán complicaciones, tal vez podamos modificar algo para que no se convierta en algo grave. O saber que llegado el momento deberemos callarnos y acompañar a esa parturienta hasta donde ella y su compañero puedan llegar. No nos convertiremos rápidamente en las brujas sabias que alguna vez fuimos, lamentablemente, pero ése debiera ser nuestro camino.

Los médicos también deberían estar alertas e inspeccionar sus emociones con continuidad. No es algo a lo que ninguno de nosotros estemos habituados, pero es una de las garantías fundamentales para que la protagonista sienta que vive su parto en libertad.

Todos tendremos que aprender a observar y observarnos. A entrevistar a las embarazadas de manera diferente cuando las veamos por primera vez: que sea un interrogatorio cálido, dialogado, donde cada pregunta sea una invitación a explayarse sobre lo que les pasa. Estos elementos nos darán la pauta sobre qué puede llegar a ocurrir y qué tipo de ayuda van a necesitar. Es fundamental que conozcamos la historia emocional de cada una, qué momento de su vida está atravesando.

Según mi experiencia, suelen repetir la historia obstétrica de las madres. El vínculo que tengan con la madre real, y

con la imagen interna, puede producir muchísimas variaciones de comportamiento. En este sentido hay mucho por investigar aún.

Futuro padre-futura madre

Coincido con Michel Odent cuando dice que un marido es bienvenido si está dispuesto a ayudar. Pero si su presencia es perturbadora para la esposa, es mejor que espere afuera.

Cada pareja llega al parto con una historia previa y en un momento particular. A veces el conflicto se hace muy palpable.

Una mujer que está al borde del divorcio se las arregla para empezar su parto en un momento en el que es imposible encontrar al marido. También he visto otras que, por la misma causa, se las ingenian para ir a una cesárea inexplicable de acuerdo con la evolución previa.

Por otro lado, cuando el vínculo es fluido y llegan armónicamente a ese momento, estos hombres suelen ser de gran ayuda. Creo que durante el tiempo que pasamos con una embarazada, y después en el trabajo de parto, quienes la vamos a acompañar vemos apenas la puntita del iceberg de lo que ella es y de la historia que trae. Pero, ¿quién la conoce mejor que su compañero?, ¿quién podrá ayudarla más que alguien que convive con ella desde hace años? Él compartió con ella: "¿Me acariciás el cuello? ¡Ay... qué placer!". Él sabe que eso la relaja, que cada vez que lo hace está tocando una llavecita que yo desconozco. Que cuando ella cierra los puños es porque está nerviosa. Las parejas tienen gran cantidad de códigos en común. Y esos conocimientos que él tiene se pueden transformar en estrategias para aliviar el dolor, para

hacer más llevadero todo el proceso, incluso para convertirlo en un momento de mayor felicidad.

Partera-futura madre

Puede pasar, aunque no es frecuente, que una embarazada empiece su preparación con el Abordaje Corporal-Emotivo, o que tengamos algunas entrevistas con vistas al parto, y que yo sienta que hay algo entre nosotras que no funciona. No me siento cómoda, y a esta altura ya sé que eso probablemente influirá en su parto, y que para mí será una experiencia dolorosa, agotadora o estresante. Es muy importante que pueda reconocer esta situación y que la conversemos.

Suele ocurrir que estos sentimientos son recíprocos, entonces puedo sugerirle que busquemos a otra partera para que la asista. O "limpiar el campo" y encontrarnos de otra manera. Si no lo hago estoy exponiéndonos a las dos a una mala experiencia, y como profesional soy mucho más responsable que ella, porque además sé lo que significa esta experiencia en su vida.

Ella quizá tenga sólo ese hijo, o tal vez tenga otros. Como sea, si seguimos adelante sin que ninguna de las dos explicita lo que está pasando, probablemente será menos grato de lo que podría haber sido, y a mí también me producirá un daño. Creo que es fundamental darle importancia a estas percepciones.

Demasiado se nos escapa por ser personas de carne y hueso que inevitablemente ponemos en juego nuestra subjetividad.

Quizá uno le dice en voz baja al médico o a otra partera: "No sé qué hacer con esto". Y si la parturienta escucha, se

puede desbarrancar emocionalmente. Depende con qué oído lo filtre. Porque también puede pasar al revés, que diga "¡Qué suerte que está preocupada porque yo también lo estoy! ¡Qué suerte que están buscando alternativas!" Cada cosa que uno dice y hace en estas situaciones puede afectar notablemente la sensibilidad de los otros, particularmente la de las parturientas.

Hay otras cuestiones que me planteo y que aún no tengo completamente resueltas. ¿Qué pasa cuando me llaman a las tres de la mañana para hacerme una pregunta sobre la que hemos hablado en los encuentros previos, pero ella se siente insegura, y yo estoy durmiendo, cansada, y es muy probable que luego ya no me vuelva a dormir y que al día siguiente esté agotada? Después de años de atender estos llamados, empecé a interrogarme por qué una mujer se sentía con ese derecho solamente para hacerme una pregunta o para calmar su miedo, si en verdad no había ningún síntoma de que algo estuviera ocurriendo o de que hubiera una situación de riesgo. Y descubrí que cuando ya estaban sobre la fecha de parto, siempre les decía: "Quédense tranquilos, llamen cuando necesiten, no se hagan ningún problema". Recién ahora estoy planteándome que tengo derecho a decir: "Llámenme todo lo que necesiten. Pero de noche, si no es imprescindible, no lo hagan, porque el costo para mí es muy alto. No volveré a dormirme y si me necesitan al día siguiente estaré agotada". Me doy cuenta de que es una cuestión de falta de cuidado hacia mí misma pero que también existe en el afuera. ¿Alguien nos habló alguna vez del estrés que significa un llamado en medio de la noche? ¿O de que era importante valorarnos, y que esa valoración pasa también por estar lúcidas para atender un parto? No. Nadie respeta este tiempo de descanso. Pero es nuestra responsabilidad modificar esto.

¿Qué siento cuando una embarazada me llama todos los días, dos o tres veces, simplemente para charlar? Tengo que entender que está muy asustada y a su manera me está pidiendo que esté presente, que la sostenga y la contenga sólo con una llamada telefónica. Esto no es más que el viejo tema de los límites. Hasta dónde uno, en un vínculo profesional fuertemente comprometido con lo emocional, pone el cuerpo, y en qué frontera dice: "Hasta acá llegué, no puedo dar más que esto". La respuesta es absolutamente personal, pero para encontrarla, el primer paso es poder pensarse a uno mismo, vernos con nuestras historias, falencias, temas no resueltos, con todas las emociones que se nos mueven en cada una de estas situaciones.

Partera-obstetra-futura madre-futuro padre

En un nacimiento suele haber una mujer y un varón (la que va a parir y su compañero) y otra mujer y otro varón —o quien cumple una función masculina— (la partera y el/la obstetra). En este equipo, que es el más frecuente en la práctica privada, el médico o médica tienen simbólicamente un rol paterno, y la partera asume la función maternal. Somos un dúo parental que hacemos las veces de madre y padre: contenemos, entendemos, sabemos, cuidamos. Nos hacemos cargo.

Y por otro lado hay una pareja que va a parir, que protagoniza.

Entre estas cuatro personas se producen entrecruzamientos vinculares, y hay que estar atentos a ver qué pasa, quién necesita qué cosa. Para algunas embarazadas no es importante que esté el compañero con ellas, pero sí la partera o

el médico. O hay parejas que sólo quieren que esté el obstetra, y les importa poco la presencia de la obstétrica, o al revés. Puede haber un marido que pasa por encima de los deseos de su mujer y hace alianzas directamente con cualquiera de los dos profesionales. Son situaciones posibles y a las que también hay que prestar atención.

Futura mamá-obstetra

La relación habitual entre ellos es actualmente un vínculo viciado, tergiversado, en la cual el obstetra, como cualquier médico, se posiciona en el lugar del saber, y la mujer (futura mamá) lo reverencia y acata casi sin cuestionamientos. En realidad, lo que más les hace falta a las mujeres es información y contención. Necesitan que se les explique cada cosa, que se les despejen las dudas, que se las prepare para un parto posible para ellas y no para aquel proyectado de acuerdo con la forma de trabajar del médico o de la institución. Deben sentirse respetadas, ayudadas y acompañadas por el grupo de profesionales que hayan elegido. Y animarse a preguntar, a cuestionar. Tienen que poder acordar con ellos el tipo de parto que quieren. Después se verá si las cosas pueden ser como las imaginaron. Pero son ellas quienes deberían poder establecer si querrán o no una peridural, si prefieren evitar una episiotomía, si están dispuestas a que les induzcan el parto o tienen paciencia y deseos de esperar, conociendo las ventajas y desventajas en cada caso.

O sea, lo que se llama un "plan de parto".

Los médicos también debieran ser honestos con sus límites. Dejar de lado su omnipotencia y confesar, por ejemplo, que no están dispuestos a atender un parto después de

una cesárea o en presentación pelviana y que cuando viene así prefieren ir directamente a una intervención quirúrgica.

Sincerarse es darles a las mujeres la posibilidad de elegir: pueden aceptar esas condiciones o buscar otro profesional. Es colaborar en el ejercicio de su libertad. Pero como son pocos los que pueden dejar de lado su orgullo y ser veraces, la única estrategia posible para las embarazadas es aprender a desbaratar las informaciones erróneas que les dan en los consultorios. Saber si la frase: "No te preocupes por nada, yo me voy a hacer cargo, va a ser lo más natural posible", realmente será cumplida en la sala de partos. Pueden tratar de averiguarlo cuando van a la consulta mensual. Preguntarles a las que están en la sala de espera cuántas tuvieron cesáreas, o a cuántas les hizo episiotomías.

Para reconocer qué quieren para sus propios partos es importante que estén informadas. Y aquí volvemos a desempeñar un papel fundamental. Un rol político: tenemos que conocer la evidencia científica y defender nuestra función para poder contener y orientar a estas mujeres. Para empoderarlas. Mostrarles las recomendaciones de la OMS, los datos de la Biblioteca Cochrane,¹⁸ para que sepan lo que quieren y puedan defenderlo frente al médico, en la consulta y en el parto.

Comparto plenamente la exhortación de Ann Thomson:

Para mejorar la salud de las mujeres, las matronas tenemos que ser políticas. [...] Reto a las matronas a presentar la evidencia a quienes controlan la planificación y a informar de los servicios maternos a nuestras consumidoras potenciales. ¡Matronas, la pelota está en vuestras manos!¹⁹

Partera-médico

El vínculo convencional es de subordinación hacia ellos. Esto es así desde que fuimos convocadas a las instituciones y empezamos a trabajar "a las órdenes de los médicos". Y aún hoy sigue manteniéndose. Somos muy pocas las que atendemos partos solas. Lo habitual es que formemos parte de un equipo obstétrico donde somos "la partera del Dr. X".

Mi experiencia empezó siendo así hasta que hace veinte años me dediqué exclusivamente a la actividad privada.

En ese tiempo empecé a trabajar fundamentalmente con un obstetra con quien logramos establecer una relación menos jerárquica que la que padecen la mayoría de mis colegas. Pero tampoco era una relación igualitaria. Si bien me consultaba sobre algunas decisiones sobre las que estoy en condiciones de opinar, con el tiempo se hizo evidente que la equiparación de roles no era compatible con la continuidad de nuestra relación laboral. Desde que disolvimos el vínculo profesional, a comienzos de 2002, profundicé un camino hacia la autonomía en el ejercicio de la partería sobre el que ya venía reflexionando... y cada vez me cuestiono más. Lo que me estoy preguntando últimamente es si esta presencia médica es necesaria durante el parto. Porque cada vez pienso más que el parto es un asunto de mujeres y que quizá me sentiría más acompañada y contenida si estuviera con una colega que con un obstetra.

Por otra parte, este proceso de autonomía me llevó a establecer vínculos diferentes con los tocólogos con los que trabajo actualmente. Nuestra relación es, podría decir, más igualitaria y gratificante. Tratamos de consultarnos mutuamente sobre las decisiones a tomar para que ninguno intente ejercer poder sobre el otro.

Recuerdo una anécdota que ilustra el sometimiento vivido como algo cotidiano, habitual. Hace años, en un congreso nacional de obstétricas, disertó un médico que habló maravillas de "su" partera. Dijo que gracias a ella él estaba vivo y sano, porque se ocupaba de que no tuviera partos de noche. Los apuraba o los ralentaba según hiciera falta para "no molestarlo". Y otras cosas de este estilo. Mientras hablaba, algunas de nosotras empezamos a ponernos de pie y a caminar hacia él, de manera casi amenazante. Algo insólito en un congreso, y más aún siendo éste de obstétricas, que somos habitualmente sumisas. El hombre, al ver esto: dijo "Buenas tardes, muchas gracias", y se bajó del estrado. Su discurso no sólo evidenciaba la desvalorización de nuestra función real, sino la mirada que tiene el sistema sobre el embarazo y el parto, que coloca en el centro de la escena al médico y no a la madre.

Para nosotras también es fundamental manejar la evidencia científica, la información que nos permitirá discutir y debatir con los obstetras.

Existen investigaciones que sostienen que el parto atendido por parteras tiene muchas menos patologías. Hay datos que avalan el parto domiciliario. Usémoslos.²⁰

Mardsen Wagner señala: "Una investigación científica considerable ha probado cuatro importantes ventajas de la matronería independiente: las comadronas resultan más seguras en los casos de partos de bajo riesgo, realizan menos intervenciones innecesarias, resultan más baratas y proporcionan una mayor satisfacción".²¹

Tenemos que seguir formándonos, conocer, no quedarnos con lo que nos dicen que debe ser. ¿Quién lo dice? ¿El *establishment* médico? ¿Y qué estudios tienen ellos que respalden lo que dicen? También tendríamos que plantearnos

cuál es el orden de prioridades actual para debatir con quiénes trabajamos. ¿Es su actitud personal? ¿Su relación con nosotras? ¿Su vínculo con las embarazadas? ¿El uso de la técnica? ¿Las opiniones rígidas que puedan tener sobre algunas cuestiones obstétricas? Habría que pensarlo.

Deberíamos estar convencidas de que es posible lograr que nos escuchen y que acepten nuestras opiniones. Porque sucede. Las personas no somos siempre las mismas. Estamos todo el tiempo en proceso, en transformación. Más rápido o más lento, con mayor o menor conciencia, pero en algún punto a todos siempre se nos abre una fisurita, y es por ahí por donde hay que introducirse. Tenemos que convencernos de que es posible sembrar.

Relación entre las parteras

No hemos tenido históricamente en la Argentina un buen vínculo entre nosotras. La prueba está en que no existe una asociación nacional que nos represente real y profundamente. Hay varias asociaciones —municipales, provinciales— que integran a las demás, pero cada una defiende su espacio. No se juntan ni generan proyectos en común. Probablemente la más abarcativa sea la Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA), aunque no está integrada por todos los grupos y asociaciones del país. A la vez existen instituciones bastante fuertes como la Asociación de Obstétricas Municipales (de la Ciudad de Buenos Aires) o los Colegios de Obstétricas. Y luego hay muchos movimientos, asociaciones u organismos más pequeños. Esta falta de objetivos conjuntos es un reflejo de cómo nos movemos individualmente con nuestras colegas en el ejerci-

cio de la profesión. No solemos apoyarnos ni acompañamos, y no nos tenemos ninguna confianza mutua.

En general el vínculo que establecemos tiene aspectos relacionados con la identificación —“¿ella es como yo?”, “¿debiéramos ser parecidas?”—; con la competencia en la doble acepción de la palabra —“¿ella es competente?”, y a su vez: “¿competimos por una función?”—; y a esta cuestión que nos han adjudicado a las mujeres pero que también es típica de los hombres: la envidia, la admiración, los rencores, las culpas. ¿Por qué no nos unimos? ¿Por qué competimos entre nosotras? No tengo una respuesta acabada, sólo algunas hipótesis.

Creo que confluyen dos elementos fundamentales que conspiran para que sea así: el sistema médico masculino —ejercido tanto por hombres como por mujeres— para el cual no es conveniente que tengamos poder (de hecho invirtieron bastante tiempo en quitárnoslo), y las alianzas que nosotras mismas establecemos con ese sistema médico porque creemos que así estamos más protegidas. No tenemos que olvidar quiénes son los que nos forman en la universidad, y que nos inculcan, junto con los conocimientos, la soberbia, la competencia y sus jerarquías.

Cuando un residente entra al hospital suele ser una persona sumamente presumida y autoritaria, que considera que sabe mucho y que tiene todo el derecho de mandar. Como es consciente de su falta de experiencia, la sublima ejerciendo poder. Lamentablemente, y aunque me cueste aceptarlo, con las obstétricas suele ocurrir lo mismo. Esto nos vuelve altaneras y competitivas. Sobre todo a las últimas camadas, las que al ser licenciadas egresan con una formación bastante más extensa que la nuestra. Y después, durante el ejercicio de la profesión, aparecen características vinculadas a la subordi-

nación, el temor a la descalificación y la desvalorización de la que somos blanco por parte de los perinatólogos y médicos en general. Nuestro oficio no es valorado y asumimos eso como una condición del trabajo. Somos pocas las que reflexionamos y concluimos que la situación es injusta y debería ser de otra manera.

Pero para que algo cambie, se impone que revisemos qué nos pasa, cómo nos vemos a nosotras mismas y qué es lo que nos da tanto miedo del vínculo entre nosotras. Tenemos que empezar a escucharnos de verdad, a comprendernos, y a partir de ahí organizarnos y reclamar nuestros derechos, muchos de los cuales ya están consagrados en leyes y códigos: es sólo cuestión de hacerlos cumplir.

En la Conferencia Internacional de Partería Profesional y Autorregulación que se realizó en México en junio de 2002 se planteó en casi todas las ponencias que las parteras no debíamos ser supervisadas por los médicos en nuestro trabajo. Y Mardsen Wagner, allí presente, insistió especialmente en una alianza entre comadronas y mujeres, no sólo para mejorar las condiciones de nuestro trabajo, sino porque somos nosotras quienes mejor y con más ahínco vamos a defender los derechos a un parto seguro y no intrusivo. Si los varones quieren acompañarnos son bienvenidos, pero ésta es una lucha que tenemos que dar nosotras. Es un paso fundamental para que empecemos a tomar conciencia de nuestro oficio, función y misión.

¿Por qué, en vez de trabajar con médicos, no lo hacemos con colegas? Es un tema que no tengo claro pero que creo que vale la pena analizar. Trabajar en equipo nos contiene mutuamente y facilita el intercambio de opiniones. Pero para que una propuesta así sea posible es necesario que nos respetemos y que deseemos trabajar juntas. Algo que sólo

requiere humildad, coraje y buena predisposición es sentarse a hablar amigablemente con los médicos que nos rodean y hacer los planteos y cuestionamientos que consideremos necesarios y pertinentes, pero en forma amena y con fundamento científico.

Esto no es garantía de un cambio inmediato de conducta, pero es un camino posible. Ellos en general suelen descartar, con el argumento de la autoridad y el poder, hasta las evidencias científicas más respetables. Pero vale la pena intentarlo.

Otra propuesta es empezar a intercambiar puntos de vista con otras obstétricas, con las enfermeras.

Cuando voy a una institución hay una cantidad de gente a la que no conozco, de modo que intervengo con frases amigables como: "No te lleves al bebé ahora, dejáelo un ratito más a la mamá...". Es una forma de proponerle una opción distinta a alguien acostumbrado a repetir una rutina y a no cuestionar una disposición. Y los resultados que obtuve fueron excelentes, sobre todo en las clínicas privadas. El personal femenino en general suele sorprenderse gratamente cuando se lo trata con humildad y respeto.

Creo que se pueden ir sembrando ideas entre la gente que está en esto, e incluso con las familias de esas parejas. Eso que uno dice quedará registrado en algún lugar, y si no es hoy, quizá mañana esa persona reflexione también sobre estas propuestas, y así se irá extendiendo poco a poco una nueva mirada.

Hay también otras posibilidades, como participar en redes de discusión de comadronas que existen en Internet y que son muy útiles para conocer la realidad de colegas de todo el mundo: cómo trabajan, si se enfrentan con problemas similares a los de una, cómo los resuelven, cómo es el ejercicio de la profesión en sus países.²²

Y, finalmente, el objetivo más ambicioso sería poder tener nuestra propia asociación. Con un grupo de diez parteras iniciamos una experiencia en este sentido a mediados de 2002 que está resultando muy enriquecedora para todas. No nos constituimos con la idea de ser una asociación representativa de ningún sector en particular, y por eso nos llamamos Agrupación de Parteras Autónomas (APAu). Sentarnos diez de nosotras a escucharnos, aconsejarnos, sugerir estrategias y pensar proyectos es un comienzo más que alentador. La propuesta es "probemos, sembremos, y empecemos a trabajar juntas".

Nuevos roles

El parto en libertad nos coloca frente a un enorme desafío: desandar mucho de lo andado y reconsiderar buena parte de los conocimientos adquiridos.

Acompañar a una gestante en el ejercicio de su libertad implica no sólo saber hacerlo desde la fisiología, respetando los ritmos del cuerpo sino, fundamentalmente, estar junto a ella en una experiencia emocional en la que tenemos que estar dispuestas a todo porque el resultado es siempre incierto. Cuando, en cambio, el parto es conducido, sabemos que probablemente después de un goteo vendrá una peridural y después un nacimiento por vía baja o una cesárea.

Cuando elegimos darle a una futura mamá la posibilidad de que se respeten sus deseos y tiempos, puede haber demoras, detenciones, nuevos comienzos, puede ser muy largo, con vueltas de cordón y vuelcos de emociones, con llantos y risas.

Cuando las mujeres tenemos un orgasmo, las sensaciones no son como cuando uno sube uno tras otro los esca-

nes de un tobogán y después se tira plácidamente por él, sino que es como el flujo y reflujo de la marea, el deseo avanza y se repliega, hasta que ya no se detiene. Algo así le sucede a una mujer que respeta sus ritmos naturales. Por eso creo que el único camino posible para la partería es recuperar el saber simple, elemental, afectivo, profundo, de nuestras antecesoras en la historia, esas matronas-comadronas-parteras que estaban conectadas con el mundo de la naturaleza y las emociones.

Como profesionales modernas y urbanas, que vivimos y trabajamos dentro del sistema médico, también tenemos que conocer los avances y la evidencia científica, pero es fundamental para nuestro oficio percibir el alma femenina. El desafío es conectarnos con nuestro mundo afectivo sin olvidarnos del racional y poder ser soporte de las necesidades "de la otra", de la futura mamá. Es cierto que para esto hace falta coraje. Pero la gratificación es única y maravillosa.

Cuando intento definir mi tarea digo que soy "una partera que acompaña partos 'alternativos': en la casa, en el agua, como quieras...". Cualquiera de estas opciones para mí es lo verdaderamente natural, aunque lamentablemente la sociedad aún lo considera raro y diferente. Pero en cuanto empiezo a recorrer la historia me doy cuenta de que soy "solamente" una partera. Esto quiere decir que tengo conciencia de que el mío es un oficio de servicio, donde lo fundamental es tener en cuenta las necesidades de cada embarazada que va a tener a su bebé. Que debo respetar la forma en que ella quiera parir. Que debo cuidar que todo transcurra dentro de la salud y que intervendré si algo del proceso conlleva peligro para ella o su bebé.

Aunque a veces el peligro es una fantasía que nos hace ver fantasmas donde no los hay: si lo que va ocurriendo no

está encuadrado en lo que aprendimos podemos temer que haya riesgos, cuando en realidad lo que estamos haciendo es un camino diferente en el que asistimos a esta mujer con sus tiempos y modos personales.

Hay obstáculos que se interponen en el desarrollo de una nueva orientación para esta tarea. Quizás el más grande es el imaginario social, en el que todavía está instalada la idea de que el parto lo "resuelve" el obstetra. Cualquier mujer que haya parido sabe que quien está al lado de ella desde que entra en la institución hasta bastante después del nacimiento del bebé es la partera. Y si ha pasado por la experiencia de un parto en libertad, mucho más aún.

Por otra parte, la evidencia científica de los últimos veinte años dice que es el médico quien complica el parto con sus apuros e intervenciones. Si ellos no están, los partos son más naturales, hay menos indicación de rutinas y cesáreas, menos niños prematuros y menos morbi-mortalidad materno-infantil.

Un futuro posible

La Conferencia Internacional sobre Partería Profesional y Autorregulación realizada en México en junio de 2002, sumada a las charlas informales que veníamos teniendo con algunas parteras, fueron determinantes para que me volviera una de las promotoras de la gestación de la Agrupación de Parteras Autónomas (APAu). Empezamos diez comadronas con la convicción de que tenemos que emanciparnos de los obstetras y recobrar el espacio que siempre fue nuestro. Por el momento, estamos trabajando en forma más o menos cerrada entre quienes veníamos cuestionando desde hace tiem-

po la actual estructura. Queremos que se escuchen opiniones diversas y, fundamentalmente, empezar a encontrarnos desde nuestro saber más intenso, profundo y quizás adormecido pero vivo. Una de las primeras cosas que hicimos fue leer la Ley de Ejercicio Profesional de la Nación y la de la Provincia de Buenos Aires, y el Código de Ética del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires. En ninguna de estas normas se nos prohíbe atender partos normales. Sólo tenemos que llamar al médico si detectamos una patología. Sin embargo esto no se pone en práctica en las instituciones y nosotras tampoco defendemos nuestro espacio.

El simple hecho de que parteras con experiencia como nosotras, cuestionadoras del sistema, hayamos leído recién ahora estos documentos es una muestra de lo desorganizadas y debilitadas que estamos como gremio. No tenemos un ejercicio consciente ni político de la profesión. Pero además creo que una de las razones por las que estas leyes no tienen fuerza suficiente, además de que las instituciones están controladas por el sistema, es que surgieron sin fuerza por haber sido elaboradas por grupos de parteras. La misma razón que las hace ricas y valiosas, les quita "prestigio" frente al *establishment* burocrático a la hora de respetarlas.

El Código de Ética fue elaborado, entre otras, por Marta García, una colega a quien aprecio mucho, cuando se formó el Colegio de Parteras de la Provincia de Buenos Aires. Ellas se basaron en las normas de la Asociación de Parteras de Estados Unidos, la Midwife American National Association (MANA). El Código empieza diciendo que tenemos que formarnos de manera autónoma y transmitir a otras nuestros conocimientos. Esto ya implica una primera disociación de la realidad, porque la carrera de obstetricia en la Argentina fue pensada por médicos y la mayoría de los do-

centes también lo son. Las obstétricas que están dictando clases fueron a su vez formadas por ellos, de modo que responden a la lógica del sistema médico, sin pensamiento crítico para con la función devaluada que nos asignaron en las últimas décadas.

El hecho de haber formado APAu me enriquece enormemente, dejándome una sensación de oxígeno en el corazón. Sé que no estoy sola en lo que pienso, que nos estamos escuchando y respetando, y que aprendemos enormemente. Con mis sesenta y dos años yo soy la mayor, pero hay mujeres de todas las edades. Una de ellas, bastante más joven que yo, contó en una de las primeras reuniones una anécdota que me impactó por el coraje y la conciencia que demostró tener.

Trabaja con un obstetra, y una embarazada que se atendía con él eligió que sólo estuviera ella. Esta partera empezó a debatirse sobre si era leal o no hacer una cosa así, y si debía decirle o no lo que estaba pasando al médico. Decidió no decir nada. Llamó a la clínica y preguntó si podía acompañar y atender un parto sola y le dijeron que sí. Cuando llegó el momento, fueron a la clínica. Recién al final del período dilatante, poco antes del nacimiento, apareció la médica de guardia de la institución exigiendo su protagonismo. Entonces la partera le dijo que le avisaría cuando llegara el momento, y así lo hizo. Pero hasta ese entonces defendió su lugar con una enorme valentía. Confieso que yo no hubiera podido llegar a tanto. Le hubiera dicho la verdad al obstetra desde el primer momento, y a la futura mamá le habría planteado que debía aclarar el tema con él.

Cuando escuché este testimonio me pareció maravilloso. Que esta colega, que empezó hace poco, hubiera podido ir más allá que muchas de las que llevamos años en el oficio.

Cada día se van agregando nuevos deseos y objetivos. Algunos van tomando forma y eso nos estimula. Sabemos que se abrió una puerta. Somos responsables de ello y no nos amedrenta. Nos damos cuenta también de que nuestras ideas implican un doble desafío político: como postura frente a la vida —en un ámbito laboral unido intrínsecamente al nacimiento y la creación— y como propuesta de cambio social. Y estamos dispuestas a luchar. Sabemos que el lugar que ocupamos, el de ayudar a dar vida, es privilegiado para cambiar el mundo en el que vivimos.

Confiamos en las palabras pronunciadas por Mardsen Wagner en 2000: "Al final, en el nuevo milenio, los países contarán con sistemas de servicios de maternidad que se encontrarán bajo control público, atendidos por comadronas, basados en la evidencia, rentables económicamente y que rendirán honor a la libertad de las mujeres y las familias de elegir dónde y cómo traerán al mundo a sus hijos. ¿Por qué? Porque como dijo Margaret Mead: 'Nunca pongas en duda que un pequeño grupo de personas comprometidas y consideradas puede cambiar el mundo. De hecho, es el único motor que siempre lo consigue'".²³

NOTAS

1. Towler, Jean y Bramall, Joan. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Obra citada, pág. 120.

2. Hasta hace muy pocas décadas se siguió asociando a las parteras con el aborto, y no sin razón. Por más que nos haya traído muy mala fama, es cierto que muchas de mis colegas aceptaban —y algunas aún aceptan— interrumpir embarazos, y no siempre con los recaudos sanitarios necesarios para evitarle riesgos a la madre. Aunque de esto no son

responsables sólo ellas, sino las leyes que penalizan el aborto y las obligan a trabajar en forma clandestina y rudimentaria.

3. Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*, La Sal Ediciones de les dones, Barcelona, 1984.

4. Al fórceps se llegaba cuando habían pasado muchas horas de trabajo de parto. La madre se empezaba a agotar, el bebé a sufrir (alteraba sus latidos y era posible que quedara irreversiblemente dañado), y entonces la solución era sacarlo. Como no había posibilidad de cesáreas —no había anestesia, ni transfusiones de sangre, ni existían los estudios apropiados de anatomía—, lo indicado para no perder la vida de la madre, y salvar en lo posible la del niño, era el uso del fórceps. Se metían las dos ramas o brazos dentro de la vagina, se tomaba al bebé y se lo traccionaba. A veces nacía vivo y bien, otras estaba dañado por el fórceps, y otras directamente, muerto. Actualmente existen distintos tipos de fórceps para utilizar en diferentes situaciones. Pero en esa época los conocimientos eran escasos; al menos se estaba frente a la posibilidad de salvar a la madre. Y como las mujeres se embarazaban muchas veces en sus vidas, era probable que pronto estuvieran gestando otro.

5. Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Obra citada, pág. 128.

6. "En México la partería profesional nació en 1833 cuando el Establecimiento de Ciencias Médicas de la capital fundó una cátedra para parteras. Posteriormente en otras ciudades fueron creados cursos para ellas, casi siempre anexos de escuelas de medicina. Como en otros lugares del mundo, la partería profesional nació con un doble objetivo: tratar de reemplazar a las parteras tradicionales, y permitir a la profesión médica tener acceso a embarazadas, parturientas y puérperas. Desde el surgimiento de la partería profesional, los médicos cuestionaron los conocimientos y las habilidades de las parteras y trataron de delimitar su competencia. Esta presión se intensificó a partir de la instalación de la ginecología como especialidad en 1893, pues ésta era incompatible con el número de partos atendidos por las parteras. Se pretendió a partir de entonces que las parteras sólo atendieran embarazos y partos eutócicos (normales) y se comprometieran a presionar a las pacientes y a sus familiares a llamar al médico en caso de complicaciones." (Ponencia de la historiadora y socióloga Ana María Carrillo durante la Conferencia Internacional de Partería y Autorregulación, San Miguel Allende, México, junio de 2002).

7. Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Obra citada, pág. 128.

8. Towler, Jean y Bramall, Joan. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Obra citada, pág. 120.

9. Un estudio realizado por U. Waldestrom y D. Turnbull —"The stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome"— publicado en 1997 en el *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, compara el control pre y posnatal realizado por parteras y por obstetras en Australia, Canadá, Inglaterra, Escocia y Suecia. Fueron analizados trece trabajos científicos y un total de 9.148 casos. Los resultados demostraron que las mujeres que habían sido atendidas por matronas habían tenido tasas más bajas de admisión en el hospital durante el embarazo, inducción del parto, ruptura artificial de membranas, parto prolongado, epidurales u otro tipo de analgesia durante el parto, parto vaginal instrumentado y cesáreas.

10. Cifras correspondientes a los nomencladores de empresas de salud privadas (diciembre de 2002).

11. Daños y/o muerte de la madre y/o el bebé.

12. Las parteras tradicionales colocan a la mamá en una posición similar a estar en cuatro patas durante veinte minutos, con una manta le masajean los glúteos, tironean, le dan un golpecito en cada uno y le dicen que se quede así otros veinte minutos. Esto hace que se amplíe la cavidad abdominal y el bebé, como está incómodo en esa posición, se da vuelta. No es un procedimiento cruento, de modo que habría que intentarlo.

13. Encuentro Nacer. Septiembre de 2002, San Luis, Argentina.

14. Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Obra citada, pág. 128.

15. www.crianza.com.ar

16. Datos recogidos por la autora en la Conferencia Internacional sobre Partería Profesional y Autorregulación realizada en San Miguel Allende, México, en junio de 2002. En el resumen oficial de las ponencias expuestas en ese encuentro se señala: "Trónicamente, la partera profesional se encuentra notablemente ausente en muchos países en desarrollo en regiones como Centroamérica, donde prevalecen tasas inaceptablemente altas de mortalidad y morbilidad materno-infantil".

17. Tanto la Ley Nacional 17.132 como la 11.745, que rige en la provincia de Buenos Aires desde 1995, señalan: "Las obstétricas o parteras no podrán prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto

o puerperio patológicos, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente, y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deberán requerir la presencia de un médico, de preferencia especializado en obstetricia”.

18. La Biblioteca Cochrane es una base virtual de datos (www.cochraneconsumer.com).

19. Thomson, Ann. Artículo citado, pág. 60.

20. “En un análisis de todos los nacimientos sencillos entre las semanas 35-43 en Estados Unidos en 1941, MacDorman & Singh compararon los nacimientos atendidos por médicos con los que habían sido atendidos por matronas (tanto en hospital como en casa). Demostraron que para los nacimientos atendidos por matronas el riesgo que se experimentó era: 19% más bajo en muerte infantil, 33% más bajo en mortalidad neonatal, 31% más bajo en bajos pesos comparando con los atendidos por médicos. [...] concluyeron: ‘Los datos nacionales avalan que las matronas consiguen excelentes resultados en el nacimiento y son una segura y viable alternativa a la maternidad en Estados Unidos, particularmente en mujeres de bajo y moderado riesgo obstétrico’. [...] Las consultas prenatales de las matronas duran más tiempo, ponen más énfasis en aconsejar, enfatizan más la educación para la salud, trabajan para fortalecer la autoestima, dan soporte emocional y afianzan la confianza de la mujer”. Ann Thomson, artículo citado, pág. 60.

21. Wagner, Mardsen, “El nacimiento en el nuevo milenio”. Ponencia citada, pág. 58.

22. Modero, junto con la licenciada María Paula Cavanna, una lista de discusión e intercambio llamada parteras-comadronas@elistas.net

23. Wagner, Mardsen. Ponencia citada, pág. 58.

Capítulo 5

Abordaje Corporal-Emotivo

Una aventura fantástica

Hace treinta años, Michel Odent se planteó el tema de la “preparación para el parto”¹ y llegó a conclusiones revolucionarias con las que acuerdo. Él decía que lo mejor era compartir actividades placenteras. Y para ello proponía que una vez por semana las embarazadas, los maridos, los niños que ya habían nacido, él, las parteras y toda la gente que estaba en el Hospital de Pithiviers se reuniera a hacer algo gratificante como cantar o bailar. La gente se iba encontrando con la música, los sonidos, el movimiento, se creaban redes de afecto y camaradería, y como todos iban a tener su parto ahí se generaba también una familiaridad con el lugar.

Cuando empecé a acompañar partos desde la filosofía de la libertad y el respeto, me di cuenta de que era importante que las mujeres llegaran a ese momento con un conocimiento más profundo de sus emociones y sus sentimientos, y con la convicción de que las protagonistas de ese hecho maravilloso eran ellas. Empecé entonces una búsqueda de conoci-

mientos de diferentes técnicas corporales con la premisa de que no adoptaría ninguna por la técnica en sí misma, sino al servicio de lo que me proponía: que las futuras madres fueran protagonistas conscientes de partos en libertad.

Con los años, ese aprendizaje se transformó en un curso flexible, que puede durar alrededor de cuatro meses. Las embarazadas vienen una vez por semana a explorarse a sí mismas de modo placentero y grato, desde un Abordaje Corporal-Emotivo.

La mujer primitiva

¿Por qué corporal-emotivo? El cerebro está formado por una parte troncal —la más profunda— que rige las funciones instintivas y reflejas; una parte límbica que la rodea, que es por la que circulan los sentimientos y las emociones; y el sector más moderno —el neocórtex o cerebro frontal— donde se alojan las funciones reflexivas.² El cerebro troncal es imposible de abordar desde el pensamiento, es necesario pasar por el sistema límbico, es decir, apelar a las emociones, para llegar a él. En un parto el que comanda es el primero mencionado, la parte más instintiva y refleja del cerebro humano. De nada sirve que en los cursos de psicoprofilaxis les enseñen a las embarazadas lo que tendrán que hacer, porque en ese momento las mujeres tendrán su cabeza “ida”, como en otro lugar. Sus cuerpos responderán desde lo instintivo, incluso con reacciones que pueden resultarles desconocidas e irracionales a ellas mismas. Si uno no interviene con la palabra desde el neocórtex, puede desarrollarse en forma natural y animal. ¿Cómo hacer para que cada mujer se familiarice desde antes con esas reacciones, con esas partes suyas in-

conscientes? Tenemos que llegar al cerebro primitivo y profundo. Para eso les propongo el Abordaje Corporal-Emotivo (ACE). En cada encuentro semanal, durante cuatro o cinco meses, trabajarán desde diferentes consignas corporales, sin usar la palabra, tratando de conectarse con sus emociones y sensaciones, y con la mujer primitiva que habita a cada una. A lo largo de los meses, este método o sistema les permitirá encontrarse con sus reacciones, su historia, sus posibilidades y límites. Algunos de los ejercicios pueden generar descubrimientos sorprendentes porque están trabajando con material inflamable: sus sentimientos y emociones en un momento de extrema vulnerabilidad como el embarazo.

Una embarazada atraviesa una desestructuración personal, cambia su cuerpo y de alguna forma le cambia el mundo. Frente a una propuesta como ésta, se va a encontrar con ella misma, porque está casi en carne viva. Cada cosa que haga o diga en las clases es para mí una información riquísima porque viene de alguien que está naturalmente sensible, y esos datos me dan una idea de cómo será su parto. Algunas se exponen más, otras menos. A veces llego al final sabiendo mucho acerca de esa mujer, y a veces muy poco. Pero cuanto más ellas se animen con sus emociones, probablemente mayor sea el contacto entre nosotras y más profundo el vínculo que se establezca.

Observando a las mujeres a lo largo de los años, llegué a la conclusión de que básicamente tienen tres formas de encarar el Abordaje Corporal-Emotivo. Están las que se sumergen en las propuestas pensando “¡Qué bueno esto de meterse con uno y saber qué me pasa!, sin que me digan qué tengo que hacer, sino pudiendo hacer lo que necesito”. Las que “toleran” la propuesta pensando: “¡Ufa!, ¡qué pesado! ¿Para qué será todo esto?”. Y las que no quieren ninguna in-

tromisión y suelen abandonar pensando que la propuesta es una locura.

Cada vez soy más consciente de que lo que propongo es un trabajo profundo. No quiero que las futuras mamás "se porten bien" en el parto, sino que sean ellas mismas. Y entiendo y respeto que no todas estén dispuestas a recorrer este camino.

Locus existencialis

Para poder pensar en un parto más libre tenemos que imaginarnos el cuerpo de la embarazada como algo diferente a lo habitual, porque sus formas cambian permanentemente.

Locus existencialis significa el lugar de la existencia, y creo que de eso se trata. Un espacio donde se produce lo que yo llamo mixtura: la interrelación de un mecanismo orgánico y otro psíquico, más la historia, las emociones y las vivencias de una mujer en un momento y un contexto personal y social determinado. Estos elementos van a influir en el *locus existencialis* de una manera poco racional y difícil de comprender desde la conciencia. Quizá alguien con antecedentes de excelentes partos puede tener una tercera experiencia complicadísima, con mucha patología. Y uno se pregunta: "¿Cómo pasó esto, de dónde viene?" Probablemente tiene que ver con circunstancias específicas de ese momento de su vida.

Hace muchísimos años una mujer que había parido de manera excelente se embarazó por segunda vez en el momento en que su marido, que tenía dos hijas de un matrimonio anterior, había empezado a hacer terapia familiar con su

ex esposa y estas hijas. A la vez ella sostenía económicamente los gastos en relación con el nuevo embarazo. Empezó un trabajo de parto que derivó en una indicación de cesárea, algo "aparentemente" muy contradictorio en alguien que tenía un antecedente tan bueno y un estado orgánico y psíquico que no permitía suponer ese desenlace. Cuando el obstetra y yo, con todo el dolor del alma, le dijimos que iba a ser una intervención quirúrgica, ella se puso feliz y dijo: "¡Qué suerte!, así mi marido no va a poder entrar". Lo que ella necesitaba evidentemente era atravesar este nacimiento sola. Dejar al marido "afuera". Como un castigo para él. A veces situaciones como ésta afloran durante el ACE. Se pueden señalar, hacer conscientes y, en algunos casos, modificar. En otros no.

En general, asisto los partos de las que vienen a hacer su preparación. Pero esto no es una premisa de admisión para el ACE. Simplemente suele ser así. Empecé dando este curso a las mujeres que iban a parir conmigo y eventualmente se sumaron otras a quienes les interesaba la propuesta pero ya tenían previsto otro equipo. No les pongo condiciones para participar del grupo, aunque sepa que alguna de ellas va a ser atendida por un obstetra totalmente opuesto a mi ideología, que tiene un promedio de cincuenta u ochenta cesáreas por cada cien partos. Es un ejemplo extremo, porque por lo general quienes llegan a mí tienen un alto nivel de conciencia de lo que quieren, y han buscado bastante antes de encontrarme.

Por lo tanto, si no tienen su parto conmigo suele ser con alguien con una forma de pensar más o menos parecida o, si se van a atender en un hospital, son muy cuidadosas y organizan estrategias para evitar el maltrato. Pero si se da una situación así, la acepto y ayudo a la mujer a trabajar con lo que

ella necesita y quiere desde el abordaje corporal. Le doy información sobre otras opciones. Es decir, le brindo las herramientas para que pueda defenderse. Siempre me parece mejor decir "sí" y trabajar con las diferencias que privarnos a mí, a esa mujer, y quizá hasta al obstetra de la oportunidad de llevarnos una grata sorpresa.

Hace un tiempo preparé a una joven de quince años que iba a tener su bebé en el hospital público. Entonces hicimos un trabajo corporal-emotivo que me permitió ver cuáles eran sus recursos y necesidades. Y a la vez enfatiqué mucho la información, poniendo el acento en el desarrollo fisiológico del parto y en las características de la atención en los hospitales. Esto le permitió llegar a la maternidad sabiendo con qué se iba a encontrar. Estuvo tranquila a pesar de que no permitieron que su madre la acompañara —cuando previamente les habían dicho que esto sería posible—; y también pudo ser continente de ella misma, a pesar de ser tan joven y de estar sola, porque sabía que cuanto menos "molestara" y se peleara allí, mejor le iría.

El cuerpo no miente

En el Abordaje Corporal-Emotivo las mujeres se manifiestan a través de sus cuerpos, no de la palabra. Creo que el hecho de hablar allí obtura los procesos de sentimientos y sensaciones, del encuentro, y que donde no hay palabras se profundiza la emoción.

Una sugerencia que siempre hago antes de empezar es que no apelen a lo conocido, que investiguen sus necesidades, sus límites, sus deseos, porque en el parto van a funcionar desde la parte más antigua y primitiva del cerebro, no

desde la conciencia. Una vez que doy la consigna, utilizo música y cada una se expresa como quiere y puede. Si necesitan comunicarse lo hacen con el cuerpo, las miradas, los sonidos, pero sin hablar con las demás; no usan palabras con sentido. Esto abre la posibilidad de que aparezcan ansiedades, miedos y fantasías que se van resolviendo con y en el movimiento, o en las charlas posteriores. Y cada una se llevará a casa muchas de estas sensaciones y emociones, y seguirá trabajándolas desde el pensar y el sentir. La idea es que a medida que avancemos con los encuentros se animen a fluir sólo desde lo instintivo de su personalidad.

Pero así como obtura sentimientos cuando protagoniza el cuerpo, la palabra también permite poner en claro, reafirmar, reflexionar, disentir, explicar. Por eso hay un momento posterior en el que es bienvenida para definir por dónde pasa lo que están buscando; cuáles son los límites o las fantasías de los límites que cada una tiene, y hasta dónde están dispuestas a llegar.

Creo que cualquier grupo es terapéutico. Pero si además tiene como objetivo trabajar las emociones y los sentimientos, y si está formado por embarazadas —con la vulnerabilidad que eso implica—, el espacio que se abre puede ser maravilloso, de una extraordinaria y relajante complicidad. Se establecen vínculos que van más allá, y también se abren canales de información que pueden ser muy tranquilizadores. Si una dice: "Tengo dificultades para dormir" y otra responde: "Ah, ¿vos también?", esto tan simple disminuye la ansiedad.

La verbalización también permite que aparezca la información no racional en forma de señalamientos que hago después. Si veo a una mujer trabajando todo el tiempo con las rodillas juntas se lo puedo hacer notar. ¿Qué quiere decir que una embarazada no puede separar las rodillas? Hay una

cerrazón a abrirse y a dejar pasar, y lo expresa el cuerpo, sin palabras.

Es posible que ella me pregunte: "¿Y?" "Y nada, pensarlo". Se llevará esa información sobre sus emociones y el manejo de su cuerpo y se meterá o no con la situación. Como dice Sheila Kitzinger en el libro *Nacimiento en casa: el cuerpo no miente*. Siempre nos cuenta lo que pasa y mucho más aún cuando estamos haciendo un trabajo especial con lo corporal desde la sensibilidad del embarazo. Las consignas producen todo tipo de reacciones, y uno como observador tiene una lectura privilegiada de ese proceso. Pero también estamos frente a un gran desafío: saber decodificar. Mis herramientas son fundamentalmente la observación y el sentido común, además de todos los años de terapia y entrenamiento corporal propios que seguramente se hacen presentes. Y también creo que hay mucha información que pasa directamente del inconsciente de estas mujeres al mío, que yo no llego a racionalizar. Pero no interpreto desde el psicoanálisis profundo porque no tengo elementos para ello ni tiene sentido hacerlo. Y tampoco investigo en los vínculos problemáticos de ellas con su entorno, aunque éstos aparezcan en los encuentros, porque no tenemos tiempo, excepto cuando se trata de algo muy perturbador.

¿Cuánto necesito saber de la vida de estas mujeres para poder acompañarlas? Puede ser muy poco, pero siempre es mejor tener algún conocimiento. El límite lo establecen ellas: hasta dónde tienen ganas de contarme cosas y qué cosas dejarán que se filtren durante los encuentros y el Abordaje Corporal-Emotivo.

Me nutro de tres fuentes. Una primera y larga consulta que tengo con la pareja, cuando nos conocemos. Si bien casi todas las preguntas que les hago están dirigidas a ella, es muy

importante lo que me transmiten como pareja con los gestos: si están sentados en el borde de la silla escuchándome, si están tomados de la mano, si dejan de mirarme para mirarse entre ellos, o si ella dice cosas y el marido la descalifica.

Una segunda fuente son las observaciones durante el Abordaje Corporal-Emotivo que ya he mencionado.

Y la tercera, las conversaciones informales que se producen entre las mujeres antes y después del trabajo concreto. Cuando llegan hay una primera media hora donde cuentan cómo se sienten, qué les pasó en la semana, y al final hay otro momento en donde reflexionan sobre lo que acaban de hacer. Es ahí donde se filtra la historia de cada una. A veces alguna trae un tema con su compañero, los hijos, o la madre, que la tiene angustiada y esto les resuena a las otras y empiezan a contar sus propios problemas.

Un grupo es terapéutico en sí mismo por la posibilidad de sanación que abre el encuentro. Esto significa que cuando se generan estas charlas solamente puedo hacer alguna observación desde el sentido común o relacionando lo que están diciendo con lo que acabo de observar en el trabajo corporal, pero no intento que esto las modifique más allá de donde ellas quieran o puedan llegar. Trato de ser extremadamente cuidadosa.

No es tiempo de proponer cambios radicales. Los seres humanos nos estructuramos a través de la vida armando un sistema defensivo para que no nos perturben. Hay situaciones que no queremos recordar porque su "invisibilidad" nos da seguridad. Si estos nudos tan profundos aparecen habrá que hacerse cargo, pero creo que el embarazo no es el momento.

Mi propuesta es empezar con el ACE a los cinco meses de embarazo, y seguir hasta el parto. Me gustaría iniciarlo antes, pero no suele darse. Durante el primer trimestre el dar

a luz como posibilidad concreta casi no existe en la mente de una mujer. Está viviendo todavía la sorpresa, está muy movilizada, le surgen ansiedades, dudas, temas que están relacionados más bien con un cuerpo que entra en crisis, que empieza a ser dos cuerpos. Y además suele tener síntomas (náuseas, vómitos, mareos, cansancio) que la ponen de bastante mal humor. A los cuatro meses de embarazo percibe los primeros movimientos del bebé, y en el quinto mes éstos son más fuertes y frecuentes y ella está encantada con su pancita. En definitiva, no empiezan a pensar seriamente en el parto y en la preparación antes de los seis meses. A esto se agrega que cada vez se les complican más las posibilidades de dedicarle dos horas por semana a una actividad. No es mucho tiempo, pero a veces se suman dificultades que no tienen que ver con ellas. Una embarazada puede tener dos horas de viaje de ida y dos de vuelta. Otra no puede comenzar ninguna actividad antes de las seis de la tarde porque trabaja. En esta sociedad, a los seis meses todavía ni se visualiza ni se considera un embarazo en términos laborales y de exigencia hacia la mujer.

Si hubiera una gran maternidad dedicada al parto libre, gratuita, legitimada socialmente, tendríamos más elementos para ofrecerles, y podríamos pensar en empezar los cursos antes. Pero lo cierto es que tanto mi propuesta de Abordaje Corporal-Emotivo como de la del parto están fuera del "sistema". Entonces ellas tienen que disponer de un tiempo y un dinero destinado a esta experiencia, que si bien no es mucho, es más de lo que pagarían si hicieran el curso de psicoprofilaxis que les ofrece la prepaga contratada y tuvieran al bebé dentro de los parámetros establecidos por las instituciones de salud actuales.

Dejarse fluir

Los encuentros duran dos horas cada uno y se dividen en cinco grandes bloques integrados por una serie de clases variables en función del tiempo que tenemos y de lo que veo que va necesitando el grupo, que nunca está formado por más de nueve mujeres.

Al primero lo llamo "Aproximación-sensibilización" y creo que la primera clase que lo integra es la más difícil de proponer y de hacer, porque es el momento de la entrada a un lugar nuevo, de establecer vínculos con otras personas hasta entonces desconocidas, y de acercarse a una propuesta probablemente diferente a cualquiera que hayan tenido antes.

A veces algunas embarazadas me preguntan si hace falta que vengan porque ellas hacen yoga, natación, o algún tipo de técnica corporal. Sí, es necesario. Porque el ACE apunta fundamentalmente a la esencia de la gestación. Es totalmente distinto a eso que ellas hacen y pueden seguir haciendo ya que no hay incompatibilidad alguna. No les propongo un trabajo corporal para que aprendan a moverse mejor en el parto, para que sepan pujar o jadear, para que estén más elásticas, tónicas o relajadas, sino que empezamos por lo corporal para trascenderlo y llegar a lo emotivo y a lo primitivo con un objetivo más profundo: la gestación y el nacimiento.

El segundo bloque se llama "El propio cuerpo" y la idea es abordarlo desde zonas muy concretas, por ejemplo: la pelvis, la columna, etcétera.

El tercero, "Las posibilidades", tiene como ejes los límites y permisos que cada una se da, y que serán los que probablemente después se permita en el parto. Por ejemplo, focalizamos la atención en los espacios y en cuánto se pueden

relajar o no en la apropiación de cada uno. Surgen preguntas del tipo: ¿Cómo me siento yo en mi espacio? ¿Cuál es? ¿Dónde empieza el mío y dónde termina el de los otros? ¿Hasta dónde dejo que los demás entren a mi espacio?

En el cuarto bloque, "La aproximación hacia el parto", entramos en la última etapa: los fantasmas de ese momento que se aproxima.

Y el quinto es concretamente "El parto". Ahí trabajamos sobre el placer y el dolor, la instancia misma del dar a luz, la entrega.

Terminada la primera media hora inicial, voy dando una serie de consignas detrás de las cuales hay obviamente una elaboración teórica sobre lo que estoy buscando, y ellas la ponen en juego. Además de respetarla, y de no hablar, en algunas les pido que mantengan los ojos cerrados.

Cuando uno trabaja con los ojos abiertos en general aparece la necesidad de controlar lo que pasa afuera y no se sumerge en las emociones que le despierta la música, el contacto con los demás, etcétera.

Las propuestas suelen ser muy concretas y a la vez tener varias posibilidades para que cada una explore. Quizá les digo que tienen "anclados" los pies en el lugar, pero excepto eso pueden hacer lo que quieran. Será elección de cada una quedarse parada, estirar los brazos, agacharse, hacer movimientos ondulatorios. Hay infinitas variantes.

Insisto bastante en que se dejen fluir, que permitan que aflore lo que sea, lo que surja, lo más insólito e inesperado, lo inconsciente. No es fácil porque estamos programados para tener conductas previsibles y casi automáticas, pero con el transcurso de las clases se va logrando.

Es importante que respeten lo que sientan. Puedo proponerles algo con música de rock de fondo, y quizá alguna

necesita moverse suavemente en un rincón, sin jaleos, o al contrario. Es una propuesta donde no hay que conocer una técnica determinada ni tener entrenamiento específico, porque justamente la ausencia de movimientos prefijados es lo que permite conectarse con lo espontáneo y lo propio.

Con los años aprendí que los resultados no siempre son los que esperaba. Puede ocurrir que les proponga trabajar con la pelvis en movimiento, con la premisa inicial de mantener silencio, y que empiecen todas a hablar. Ahí se me presentan dos caminos. O les digo: "¿Se acuerdan que dijimos que no íbamos a hablar?". O respeto el proceso que están haciendo y cuando terminan observo en voz alta: "Les generó tanta ansiedad trabajar con la pelvis, que simboliza la sexualidad, que no pudieron parar de hablar". En general, suelo decidir de acuerdo con lo que siento en cada momento, con lo que el grupo me transmite.

Este "desencuentro" de deseos entre ellas y yo es fundamental en el momento del parto. Porque de la misma manera que cuando propongo una consigna querría obtener determinados resultados, también tengo una idea de cómo querría que fuera un nacimiento. Y muchas veces no sale como lo esperaba y siento una enorme frustración. Por más que pueda sugerir o intervenir, cada una va a tener el parto que quiera y pueda. De manera que esta propuesta de preparación previa también me sirve de entrenamiento.

En algunas ocasiones altero la modalidad para generar algún tipo de reacción. En general trabajan ellas y yo observo, pero en las clases donde vemos el tema del espacio, por ejemplo, a veces las veo tan contenidas, armando situaciones tan "prolijitas", que interfiero en los lugares de cada una, las empujo suavemente, juego, o les propongo que hagan algo diferente. Y este hecho es muy simbólico porque soy tam-

bién quien "se va a meter" en sus partos, y mi intervención puede producirles diferentes sensaciones.

Pueden ocurrir cosas insospechadas. Siempre les digo que si en algún momento el deseo es más importante que la consigna dada, la pueden transgredir. Eso funciona mientras se trate de excepciones. El problema es si la transgresión se transforma en la conducta habitual de alguna de las mujeres, o de varias, y eso evidencia que ahí hay algo que no funciona.

Si en un grupo de cinco embarazadas propongo algo que cuatro no entienden, me equivoqué yo, me expresé mal y tengo que revisar lo que dije. Pero si sólo una o dos hacen otra cosa, es porque ellas necesitaban algo distinto y es respetable.

No explícito adónde apunto con cada consigna, pero si una embarazada viene a hacer un Abordaje Corporal-Emotivo con Raquel, la partera, sabe que está trabajando sobre el embarazo y el parto. Ese momento, que a veces se percibe como todavía lejano, se les aparece de pronto como un enorme obstáculo y cada una en algún nivel sabe que es un desafío atravesarlo.

Es algo que se juega en el inconsciente. Y a veces aparecen simbolismos muy potentes. Una vez una futura mamá que ya había tenido dos chicos armó algo muy intrincado con una imaginaria sustancia pegajosa y gomosa, algo impresionante; y su parto "casualmente" fue un ir y venir de llamadas y equivocaciones... todo lo que ella había mostrado en el juego previo.

La música es un elemento fundamental en las clases. No es música de fondo o de acompañamiento. Es una de las herramientas con las que cuento para guiarlas a un lugar específico de sus emociones. Las canciones y sus ritmos apuntan

a ciertas partes del cuerpo que a su vez nos conducen a determinadas emociones.

La música centroamericana hace mover la pelvis, y de ahí a la sexualidad y a las imágenes inconscientes y primitivas que tenemos sobre ella hay un paso. La música celta, cuando es suave, transporta a un espacio de emoción, a algún lugar interior.

El objetivo de las consignas, que la música refuerza, es que puedan conectarse con la mixtura, la sensación de que "soy mi cuerpo, mis emociones, mi historia y mi contexto". Si solamente con la elección del sonido es posible promover un tipo de movimiento y transportar a la persona a un lugar de su ser, es fácil imaginar el poder que tienen la palabra, el gesto, o el tono de voz.

En cada uno de los encuentros se ponen en juego emociones que también van a aparecer en el parto. Cuando tenemos las clases sobre el espacio, se está hablando del lugar que cada una se va a dar a sí misma cuando nazca su hijo: si va a respetar sus sentimientos, si va a respetar los de los demás, dónde se va a ubicar ella vincularmente con respecto a cada una de las personas que estén en ese momento.

Mucho del trabajo se hace en interrelación con las otras embarazadas, allí afloran emociones que cada futura mamá también dejará salir en el parto: contener y ser contenida; quién dirige y cuánto; ¿paso por encima?, ¿me dejo pasar?, ¿jugamos a que domina un poco el otro y un poco yo?, ¿cuánto me entrego al otro?, ¿cuánto me animo a sentir?

Detrás de muchos de estos sentimientos está el poder. ¿Quién lo tiene y cómo lo usa? ¿Cómo hago para decir que no? Éstos son temas fundamentales en el parto. Si éste ocurre en una institución, el trabajo de la futura madre para que se respete su voluntad va a ser muy arduo. Pero aun si elige

un camino alternativo, de parto libre, siempre pueden aparecer conflictos de poder con el marido, con el equipo obstétrico. ¿El deseo y la voluntad de quién va a predominar en cada decisión, en cada momento? Finalmente, todo es una negociación.

En el trabajo corporal-emotivo, imponerse siempre al otro es tan aburrido como someterse siempre. Tiene que haber una interacción. Las mujeres tenemos una larga experiencia en el sometimiento, pero ésta no nos sirve. Entregarse a las directivas de otro parece más cómodo, pero no nos deja crecer ni ser creativos, ni encontrar modos personales y propios.

Involucrarse con las embarazadas

El abordaje emocional desde lo corporal es siempre una aventura fantástica. Se comienza sin que ninguna sepa de qué manera se va a sentir durante y después del trabajo, ni qué le pasará con el resto del grupo. Pero es una consecuencia casi inevitable terminar cada clase con las cosas movidas de lugar. Aparecen espacios nuevos y habrá que ver qué le ocurre a cada una con eso. A medida que se abren a lo desconocido, lo que descubren es que finalmente todos vamos andando la vida de forma bastante parecida.

Creo que el abordaje corporal con un sentido determinado, no por la técnica misma, es algo que debieran poner en práctica quienes trabajan desde una concepción de libertad. Se llega de una manera muy diferente al parto habiendo tenido esta experiencia previa con las embarazadas, habiéndose involucrado con ellas, con sus miedos, con su forma de percibir y vivir.

Las obstétricas no recibimos formación académica que nos ponga en contacto con lo que necesita el otro, con la agudización de nuestras percepciones para "escuchar" lo que dice y no dice cada embarazada, para entender y respetar que a veces necesita ser contenida corporalmente, otras que nos quedemos a un lado, y otras que le sostengamos firmemente la mirada. Y en general nos asusta mucho encarar una propuesta como ésta porque lo primero que nos exige es poner el cuerpo en sentido literal. ¿Cómo podemos transmitirle a una embarazada qué es lo que puede llegar a sentir en el parto si antes no pasamos por los mismos ejercicios que ella? ¿Si no nos abrimos de la manera en que le pedimos a ella que lo haga?

Además, las buenas parteras tenemos por deformación profesional algo que nos juega en contra: mucha capacidad de contención pero también dificultades para dejarnos sostener y pedir lo que necesitamos. Y tenemos que pasar por eso para poder entender a la parturienta en el momento en que dé a luz.

El ACE es una propuesta intensa, pero, ¿acaso el parto/nacimiento no es un punto límite entre la vida y la muerte? ¿Hay una situación más intensa que ésta? Por eso estoy convencida de que la preparación no puede pasar por el neocórtex, por recibir instrucciones racionales sobre cómo se debe pujar o cómo acomodar la pelvis. Es un camino vivencial, integral, que penetra diferentes niveles de la conciencia y que cada una aborda con toda su historia a cuestas.

Uno de los aspectos que suele aparecer a medida que se avanza con las clases es la intensificación de lo que llamo el "entramado vincular del grupo". Las energías fluyen y se mezclan hasta que en algunos momentos se conjugan. Este entramado es fundamental para nuestro trabajo como parte-

ras. Si pudiéramos ayudar a las mujeres a que estos vínculos superaran el espacio del encuentro semanal y se extendieran a sus familias, a su grupo emocional, y si pudiéramos también establecer este tipo de relación entre ellas, sus parejas y el equipo obstétrico durante el parto, muy probablemente disminuirían muchísimo los índices de morbi-mortalidad materna y los juicios por mala praxis.

Otro elemento fundamental que aparece en el abordaje, y que sería fantástico que pudiera reproducirse como algo natural en los partos, es la organización desde lo corporal como algo intuitivo, espontáneo. Sin usar la palabra, las mujeres logran muchas veces niveles altísimos de organización entre sus cuerpos que se mueven juntos en función de una misma consigna. Aunque ellas no lo verbalicen, saben a dónde van. Es una sabiduría ancestral recuperada: *el cuerpo sabe*. Esto es lo que debiera ocurrir en los nacimientos. Que no hubiera necesidad de palabras, porque fluye si le damos la posibilidad de expresarse naturalmente, si no ejercemos intervenciones. Desde luego, en espacios confortables y familiares.

“¿Y POR QUÉ NO?”

La propuesta de un grupo de trabajo con Raquel nos encuentra desconocidas, anónimas, con nerviosismo.

Las manos se juntan y el mundo se despliega ante los propios ojos. La vida con todos sus matices: compartir, integrarse, ser excluido, animarse, quedar afuera, arriesgarse, unirse, estar nerviosa, cerrar los ojos, aliviarse, observarlo todo, replegarse, distenderse, dejarse llevar, tocar y ser tocada, elegir y ser elegida. No ser elegida. Disfrutar y pasarla “no tan bien”, integrarse, sentirse libre, encontrarse con la sensualidad propia y la ajena; bailar, quedarse quieta, darse permiso, fantasear, dejar aflorar los recuerdos, volar la imaginación, confiar, estar atenta a la música,

ca, mirarse a los ojos, pensar en otra cosa, dialogar con la mirada, desear que el tiempo no pase, o que termine pronto.

Cuidar, cuidar-se, ser audaces, invitar, sufrir y sentir inmenso placer, olvidarse, dejarse ir, conocerse, re-conocerse, encarnar un personaje, guiar el encuentro, sentir el contacto.

Invariablemente el sentimiento final es la alegría, la gratitud, el placer, la fuerza, la complicidad, la comunicación sin palabras, y una casi intimidad. Estar inundadas por algo que brota de adentro, pero que es desencadenado por el contacto con la otra. Lo lúdico. Eso que llamamos “regresivo” con un tono despectivo.

El “porque sí”, el “¿y por qué no...?” . El “¿dale que...?”

Cuando todo termina, estas mujeres que ahora parecemos amigas desde siempre volveremos a nuestras máscaras, a la vida cotidiana.

Por un instante fuimos partícipes de un milagro: el de dejarnos aflorar, conocernos, hermanarnos, ser cómplices, habitar un tiempo sin juicios y sin control, con la única consigna de dejarnos ser.

María Paula (2002)

Aprender de la frustración

La primera persona que me sugirió hacer un aprendizaje específico en lo corporal fue la psicóloga Susana Velázquez, con quien trabajé, como integrante del mismo equipo obstétrico, de 1977 a 1981. Hasta ese momento, y durante varios años más, dicté los clásicos cursos de psicoprofilaxis que me habían enseñado mis compañeras de guardia del Hospital Durand, ya que en la facultad todo lo que había recibido eran dos páginas de un libro de obstetricia y ninguna formación práctica. Ni se me ocurría que podía haber otra forma de prepararse para tener un hijo, un camino más intenso y transformador.

A comienzos de los 80 conocí a la partera Marta García en el Sanatorio Quintana y esto fue determinante en el proceso posterior. Ella ya había iniciado una búsqueda corporal a través de la gimnasia consciente, viendo de qué manera se podía aplicar esta técnica al trabajo con embarazadas. Con Marta tenemos una forma parecida de ver la maravillosa aventura del embarazo y el parto. Y en esos años empezamos a transitar juntas el aprendizaje de técnicas corporales, grupales y psicológicas que son la base de la propuesta de Abordaje Corporal-Emotivo que hago hoy.

Al principio participamos en una experiencia acumulativa,³ que se llamó Grupo y Aprendizaje, en la Escuela de Psicología Social de Enrique Pichon-Rivière, donde accedimos a conocimientos sobre dinámica y funcionamiento grupal.

Más tarde hicimos otra llamada Cuerpo-Grupo-Aprendizaje, en lo que era entonces la Escuela de Técnicas Corporales, una institución que ya no existe. Fue una instancia fundamental que nos llevó a inscribirnos en la carrera de coordinador que se dictaba en el mismo sitio. Durante esos tres años mi inquietud por el abordaje corporal fue tan intensa que probé todas las técnicas a mi alcance, por ejemplo, la psicomotricidad relacional del educador francés André Lapierre, y participé de seis de los niveles de su propuesta, uno de ellos dictado por él mismo. Proponía la integración de la persona, hablaba del cuerpo como lugar de la existencia, el *locus existencialis* al cual actualmente me refiero.

Este trabajo fue lo más intenso que hice desde lo corporal. Éramos personas interrelacionadas en lo individual y lo grupal sin la inclusión de la palabra. Teníamos permiso para probar cuanto sintiéramos en las clases. No había límites, excepto los lógicos en la convivencia y socialización humana: no matar ni tener relaciones sexuales públicas.

Muchos de los elementos y conceptos que allí aprendí son fundamentales en lo que llamo Abordaje Corporal-Emotivo. Especialmente algo que se convirtió en el nudo, no sólo de mi propuesta corporal, sino de toda mi profesión: que cada persona tiene su propio deseo. Cuando dos seres se encuentran, en el proceso de interrelacionarse, uno de ellos logrará cumplirlo y el otro se frustrará. Esto ocurre en la vida cada minuto todo el tiempo. Allí entendí que en mi trabajo debe ser la embarazada quien logre siempre el suyo y no yo. Aunque considere que lo mejor para ella sería otra cosa, tengo que frustrar mi deseo en función de lo que ella necesita y pida.

Cuando estaba terminando la Escuela de Técnicas Corporales, uno de los obstetras con los que trabajaba me propuso poner en práctica lo que estaba aprendiendo con cuatro embarazadas que querían hacer trabajo corporal. Lo primero que sentí fue que no había terminado de formarme. Con los años entendí esa idea tan simple pero tan difícil de incorporar: uno se termina de formar el día que muere, mientras tanto todo es aprendizaje. Así que comencé con clases que hoy recuerdo como muy simples y pobres porque estaba llena de dudas y todo se me aparecía como una gran nebulosa. Desde entonces no me detuve, y uno o dos años después empezaron a tener cierta estructura. Hasta que a finales de los 80 tomaron la forma que mantienen más o menos hasta hoy: bloques temáticos donde el hecho de que haya temas que se trabajan al comienzo y otros al final del embarazo tiene un sentido. Sin embargo aún hoy sigo repensando cada consigna. Modifico, agrego y quito, de acuerdo con cada grupo, con lo que veo, y con lo que sigo aprendiendo.

Tiempo de transmitir el saber

Hace algunos años que sé que debo transmitir el Abordaje Corporal-Emotivo.

Invertí mucho tiempo para formarme y la propuesta es un método totalmente propio, que no está basado en ningún modelo conocido dentro de la obstetricia. En Buenos Aires somos contadas las profesionales que hacemos una buena preparación para el parto. No sólo por la concepción integral del trabajo sino porque al ser parteras, cuando proponemos algo sabemos de qué estamos hablando. También me da cuenta de que por más que diez personas tengamos acceso a los mismos conocimientos no los vamos a aplicar de la misma manera. No puedo transmitir treinta años de experiencia; cada una deberá hacer su propio camino.

Habitualmente hay dos maneras de encarar esta tarea. Están las parteras convencionales que dictan los cursos de psicoprofilaxis aprendidos en la universidad y basados en el método Lamaze, y a eso suman información sobre la forma particular de trabajar del médico con el que ellas colaboran. Y por otra parte están las personas e instituciones fuera de hospitales y sanatorios y sin vinculación con lo que después será el parto: eutonistas, profesoras de yoga, y los que abordan la preparación desde diferentes técnicas corporales.

Ninguna de esas formas me parece la adecuada para que una mujer llegue a su parto. En la primera, lo que la embarazada recibe es información que en general no va a necesitar, y que la va a abrumar, a aburrir y a confundir. Por ejemplo: aparato genital femenino y masculino, cuando a esta altura lo que necesitan saber es qué va a ocurrir cuando llegue el momento y no cómo se produjo la concepción. Y en el segundo, pueden hacer un muy buen trabajo corporal pero que

no está relacionado con el parto sencillamente porque la mayoría no tiene formación obstétrica ni está vinculada al modo de trabajo de quienes asistirán a esas embarazadas cuando llegue el momento de dar a luz.

En 2002 decidí dictar el primer curso de formación. Empezaron ocho alumnas, algunas parteras y otras no, que habían asistido previamente a alguno de los seminarios que dicto todos los años sobre el oficio de la partería. Mi objetivo al comenzar fue transmitirles lo que siente y experimenta una mujer durante el parto y que ellas aprendieran a rastrearlo en el trabajo corporal-emotivo previo. Que durante las consignas ellas pudieran comenzar a descifrar el vínculo que cada embarazada tiene con su sexualidad, su pareja, con las emociones y el afecto, y de esta manera pudiera ayudarla a llegar al parto integrada y consciente de sus deseos, potencialidades y dificultades, para que luego también lograra entregarse a lo que le tocara vivir.

No las preparo para estar en un parto, no son clases de obstetricia. Lo fundamental es que comprendan la importancia de su rol como acompañantes de ese proceso previo, porque mucho de lo que pase en el parto dependerá de cómo haya sido el trabajo y el vínculo que hayan hecho con las embarazadas. Les propongo que atraviesen vivencialmente lo mismo que después le van a proponer a estas futuras mamás. Para ser preparadora hay que comprender —aunque no se sea partera y aunque los únicos partos en los que se participe sean los propios— que dar a luz no es solamente una experiencia del cuerpo sino también emocional, tal vez la más importante que va a vivir una mujer en su vida.

Hubiera preferido que todas fueran parteras, pero sólo algunas de ellas lo eran. Otras decidieron, en el transcurso de

la formación conmigo, empezar a estudiar la carrera en la universidad.

A mi pesar tuve que admitir que pocas obstétricas están interesadas en un abordaje no convencional de su oficio, y que las personas más abiertas muchas veces provienen de otras disciplinas como la psicología o las técnicas corporales. Aunque decidí comenzar con ellas porque me parecía que si estaban tan interesadas no había por qué negarles la oportunidad del saber, sigo considerando que la mejor preparación debiera estar en manos de una partera con una mirada diferente a la convencional. Un abordaje que contemple el parto como un proceso integral —fisiológico, emocional, histórico, crítico— y no sólo orgánico.

El hecho de que algunas de las alumnas que tengo no lo sean, también va contra mis convicciones más profundas sobre nuestro oficio, contra mis cuestionamientos acerca del despedazamiento del rol del que hemos sido víctimas las parteras con nuestro callado consentimiento. Y me muevo dentro de ese conflicto. Pero me pareció que ante la resistencia de las colegas era mejor abrir el espacio que no hacer nada.

Por otra parte, considero que no hay riesgo en el trabajo que ellas puedan hacer en el futuro, siempre y cuando lo hagan desde el proceso consciente y el conocimiento que intento transmitirles.

Es cierto que al no estar en los partos ellas pierden la posibilidad de acceder a un aprendizaje fundamental. El de la devolución en el nacimiento. No sólo por la trascendencia de ese momento vital, sino porque todo lo que una pueda trabajar en las consignas y en el Abordaje Corporal-Emotivo previo no tiene mejor espacio de constatación que el tiempo de dar a luz.

A través de los años fui confirmando mis intuiciones y deducciones previas sobre lo observado. Descubrí qué cosas de las que trae cada embarazada a los encuentros pueden transformarse en señales para tener en cuenta a la hora de parir. Y éste es un aprendizaje intransferible, hay que vivirlo.

La psicoprofilaxis

¿Hay algo que limpiar en la psiquis de una embarazada?

La forma convencional de esta técnica es, desde el nombre mismo —psicoprofilaxis— un anacronismo. Todo lo relacionado con el pujo, la respiración, las posiciones más cómodas, son cosas que las mujeres sabemos intuitivamente. Es un conocimiento ancestral que la cultura nos hizo olvidar poco a poco pero que está presente en las áreas más profundas de nuestro cerebro, dispuesto a salir si habilitamos un espacio de libertad para la expresión.

Cada una tiene dentro de sí los conocimientos que necesita para que el parto sea un momento mágico, sin presiones ni premisas preconcebidas. Pero lamentablemente hoy muy pocas pueden parir a sus hijos de esa forma.

Cuando lo hacían solas, en el comienzo de la humanidad, es de suponer que actuaban por instinto y reflejo: no se cuidaban de los gritos; ni se fijaban si estaban acostadas, en cuclillas o de pie; si caminaban o estaban quietas; no respiraban de una forma determinada sino tal y como sus cuerpos se los indicaban. No lo pensaban. El proceso era instintivo, animal. El dolor y las contracciones estaban ahí y lo atravesaban.

Hoy los medios gráficos masificados publican estadísticas y opiniones sobre el tema. Pero lo que se transmite son o

escenas tremendas de maltrato, o totalmente desafectivizadas, asépticas, sin sensaciones. No se tiene en cuenta la importancia de la experiencia. Parecen ignorar el sentido del dolor y del temor. Y se descalifica el saber de cada mujer, reemplazado por el del médico. Cuando las mujeres se atreven a una búsqueda personal y encuentran profesionales dispuestos a acompañarlas y a aprender de ellas, empezamos a reencontrar el "parto y el poder perdidos".

Los cursos de psicoprofilaxis empezaron en Inglaterra, Francia y Rusia alrededor de mediados del siglo pasado. En Gran Bretaña surgió el método de parto sin dolor y sin temor, y paralelamente Iván Pavlov⁴ (1849-1936) planteó en Rusia su teoría de los reflejos condicionados. Empezó a decirse: "Si las mujeres están influidas por miedos, esto hará que aparezcan dolores al comienzo del trabajo de parto. Pero si se preparan con elementos concretos para que su cuerpo reaccione cuando aparezcan las contracciones, el resultado será diferente". Pavlov proponía el aprendizaje del jadeo como un condicionamiento positivo: cuando hay contracciones, las mujeres deben concentrarse en este tipo de respiración y el cerebro interpretará como en sordina la información que viene del cuello del útero que dice: "Cuidado, me estoy abriendo".

Grantly Dick Read (1890-1959)⁵ hablaba en Gran Bretaña del triángulo temor-tensión-dolor. Si las mujeres estaban tensas, esto producía dolor, y el dolor las llenaba de temor, que a su vez las tensionaba. Él sostenía que había que "interrumpir este círculo vicioso" en los tres vértices. Entonces propuso la relajación para la tensión, y la explicación de lo que sucedería en el parto para que aumentara la confianza y disminuyera el temor. Estos dos aprendizajes eran la clave.

En la década del 50, Ferdinand Lamaze, en Francia, creó el método Lamaze de Psicoprofilaxis para el parto. En su versión más ortodoxa, se les enseña a las embarazadas todo lo que va a pasar en el parto empezando por la concepción: cómo se produjo la fecundación, cómo es su cuerpo, y qué cambios va a experimentar en el embarazo, el mecanismo del parto y cómo tiene que "portarse" en la maternidad.

Es una estructura completamente automática y cuidadosa: todos tienen que entrar de determinada manera a la sala de partos, hay una forma muy precisa de pujar, etc. Él decía que cada una de las personas que intervinieran tenía que saber cómo tratar a esa embarazada, desde el portero de la clínica hasta sus familiares. Fundamentalmente proponía ser cuidadoso con las parturientas, creando un clima cálido y cordial.

En su momento significó una apertura, y las futuras madres dispusieron de alguna información. Pero con el tiempo se vieron sus falencias, porque una parturienta que jadea, no habla, no grita, no pide, finalmente tampoco se expresa ni molesta. Una mujer que aprendió a pujar tiene que dar examen de pujo. Tiene que "portarse bien".

El entrecruzamiento de las tres técnicas derivó en lo que hoy se llama psicoprofilaxis para el parto, una frase no muy feliz. ¿Qué significa? Es una profilaxis psíquica, como si hubiera algo que limpiar, algo que prevenir en la mente de la mujer.

El modo de parir es la consecuencia de su historia, no hay nada que quitar ni limpiar. Además, es una ingenuidad creer que en seis encuentros podríamos generar un cambio tan profundo en una persona.

En algunas instituciones de Buenos Aires ni siquiera se toma en cuenta lo rescatable de Lamaze: los cursos consisten

en una clase dada por el médico sobre el mecanismo orgánico del parto, y/o patologías posibles, y/o cesáreas y fórceps; una del anestesta; una del neonatólogo, que hablará técnicamente sobre el recién nacido; a veces otra, que suele dictar una psicóloga, se refiere a miedos y angustias; y por último, la obstétrica, que enseña "cómo es el jadeo, el pujo", y algunas relajaciones.

A veces se incorporan otras personas que dan algún tipo de gimnasia y las propuestas son de lo más variadas: apertura de piernas, elongación, o la instalación de un tono equilibrado en un cuerpo que está viviendo desestructuraciones a cada instante. Estas informaciones no sólo no aportan sino que confunden. Además, el personal que finalmente asistirá a esta parturienta no está en condiciones de crear un "clima cálido y cordial".

Cuando alguien habla de "preparación", la primera pregunta que debería hacerse es para qué tipo de parto. Si es para uno conducido —como son la mayoría— donde se espera que la gestante haga lo que "se debe" y se "porte bien", habrá que trabajar con ella desde el punto de vista de la psicoprofilaxis obstétrica convencional porque eso es lo que les servirá. Tendrá que saber jadear adecuadamente, no molestar y estar callada, y eso les evitará represalias y penalizaciones de parte del equipo asistencial.

Una persona que se expresa, particularmente si está manifestando su dolor o su sexualidad, resulta cuanto menos inquietante. Entonces, quienes deberían acompañarla pacientemente, le exigen y la amenazan: "No grites", "Cerrar la boca", "Portate bien porque si no te dejamos sola", o "Pujá bien porque si no el que va a sufrir es tu bebé".

Pero si está previsto que tenga un parto con mayor libertad, en el que sea protagonista, la preparación será exacta-

mente la opuesta a lo que conocemos como de parto sin temor, parto sin dolor o psicoprofilaxis. En lugar de imponerle, desde una técnica ya establecida, lo que deberá hacer, tendremos que investigar qué es lo que ella *quiere, puede y necesita* hacer para sentirse bien.

No doy cursos de psicoprofilaxis. Estoy convencida de que producen más daño que beneficio. Quizás calmen la angustia del médico, porque la parturienta tendrá una conducta previsible, pero esto se traduce en patología en el parto. Porque el "portarse bien" implica represión. Y lo que uno no dice, lo dice el cuerpo. En cambio, si comunica lo que le está pasando, lo que siente, puede compartirlo verbal y hasta guturalmente, y si se siente contenida por su entorno, probablemente presentará muchas menos patologías.

Algo habitual cuando la mujer no manifiesta sus emociones es que el cuello del útero esté tenso. Durante años utilicé cantidades de antiespasmódicos químicos porque "mis parturientas se portaban bien" y entonces sus cuellos estaban duros y la dilatación era más difícil y dolorosa. Cuando empecé a entender cuál era la causa de la tensión, las estimulé a expresarse: algunas lo hacen con más extroversión y otras menos, pero todas con la certeza de que nadie las presiona. Y ahora prácticamente no encuentro esa complicación.

Creo que si extrapolamos la situación del parto a lo que nos pasa en la vida cotidiana es bastante fácil de comprender: cuando uno está ansioso, tenso, dolorido, angustiado y da un grito, un golpe, llora, o le cuenta a otro lo que está sintiendo, se siente mejor. Pero si tiene que aguantárselo, todas esas sensaciones pasan al cuerpo y aparece la enfermedad.⁶ Y ése es el momento en el que obstétricas y médicos intervienen con sus rutinas. Porque nadie piensa —o prefieren no

pensar porque eso los involucraría en un proceso afectivo que no quieren tener— que si el cuello uterino no dilata es quizá porque las condiciones ambientales están angustiendo a la mujer; que si no puede empezar el trabajo de parto es porque no se siente tranquila, porque tiene miedo. Todos prefieren “leer los datos objetivos” —dilatación de cuatro centímetros, alteración de los latidos del bebé— y aplicar tecnología como solución. Lo emocional no es contemplado.

Hace poco una médica que está buscando alternativas al parto medicalizado pero que trabaja en un hospital me decía que no podía entender que sus colegas no se dieran cuenta de que “la mujer que llega al hospital *es una persona*”.

Por otra parte, es grave que todavía se les siga diciendo a las embarazadas que existen los partos sin dolor y sin temor. Por un lado es una mentira. Pero además, creer y difundir estas ideas implica negar sensaciones naturales y fisiológicas de las gestantes. Si llega al momento mentalizada de que no tiene que sentir dolor ni miedo, va a estar todo el tiempo en contradicción con sus percepciones, y de alguna manera va a perder la brújula de ella misma. No sabrá qué quiere, qué necesita, y la única opción será entregarse a las rutinas médicas y al parto conducido. Su protagonismo queda anulado.

Los partos *son con dolor y con temor*. Lo que tenemos que hacer es darnos cuenta de que ambos tienen un sentido.

Cuando hay dolor entramos en nosotros mismos de tal manera que no tenemos demasiada noción de quién está cerca o cuál es la temperatura exterior. Desconectamos parte del neocórtex. Estamos en un estado alterado de conciencia. Nos conectamos con nuestro centro. Es lo que permite que fluyan los neurotransmisores del cerebro primitivo y troncal que regirá el proceso del parto. Pero además, las contracciones del parto, a veces muy intensas, tienen características

completamente distintas a las de cualquier otra experiencia que nos dé la impresión de ser parecida. Conllevan una especie de goce difícil de explicar para quien no lo haya vivido. El parto es esencialmente un momento gozoso, siempre que esas contracciones hayan sido generadas por nuestro propio cuerpo y no por drogas ajenas a él.

También hay temor. ¿Cómo no va a tener miedo una mujer que está a punto de despedirse, de desprenderse de una parte del propio cuerpo a la que durante nueve meses cuidó, sintió y vivió como propia? Es dejar partir a una parte de ella misma, y a la vez admitir la existencia de una criatura que cambiará para siempre su vida. Es un momento de quiebre existencial incomparable. ¿Cómo no va a estar asustada frente a semejante tránsito de vida? Desprenderse de una parte del propio cuerpo es la muerte de una parte de nosotros. Un momento completamente límite.

Hace muchos años me descubrí palmeando a una mamá y diciéndole: “Tranquila, no tengas miedo”. Lo debí haber repetido muchas veces antes, pero ese día tomé conciencia. ¿Cómo le iba a decir que no tuviera miedo? Creo que es mentiroso y deshonesto decirles a las mamás que se las va a preparar para un parto sin dolor y sin temor. Lo que tenemos que hacer es trabajar para lograr que ambos resulten útiles para el proceso.

La preparación para el parto es una de las deudas pendientes más importantes que tenemos las parteras con nuestro oficio.

Hay muchas futuras mamás que están buscando una preparación integral porque no quieren quedarse sólo con las instrucciones técnicas y disociadas de lo emocional de los cursos tradicionales. Si bien cualquiera tiene derecho a ocupar los espacios, sobre todo cuando están vacíos, la mayoría

de estas personas —profesores de yoga, entrenadores corporales, eutonistas, musicoterapeutas, y muchos otros— no están en los partos ni conocen los mecanismos profundos de los mismos, y por ello no tienen lo básico que hace falta para preparar a una embarazada: saber cómo funciona su cuerpo y cómo va a reaccionar en el parto, qué cosas puede sentir para las cuales es necesario que esté preparada. No tienen la menor idea de lo que es un parto, por lo tanto no tienen cómo contrastar si lo que les están enseñando a las embarazadas funciona, o cómo lo hace. Quizá una embarazada llega a ese momento con una buena apertura de piernas pero con un miedo terrible. ¿Qué hará con él?

Y quizá otra tendrá uno "perfecto" cuando su deseo profundo era algo totalmente diferente. ¿Qué hará con eso?

Soltar el control y liberar la conciencia

Al final de la gestación, cuando las embarazadas están terminando con sus clases de Abordaje Corporal-Emotivo, organizo encuentros que incluyen también a los varones. Allí hablamos de todos los temas que pueden surgir en el trabajo de parto, en el parto mismo y algunas cuestiones sobre el puerperio.

Empecé a proponerlo con la convicción de que para que la mujer pueda poner el cuerpo con libertad y entrega durante el proceso que está por vivir, bajando sus niveles de reflexión y pensamiento, hace falta que alguien cubra el aspecto racional. Y en una sociedad donde el núcleo fundamental de la familia es la pareja, eso les corresponde a los varones. Ellos tendrán que estar atentos y usar sus cualidades intelectuales para que la futura madre pueda perderse en el

acto de parir, en las mareas de dolor de las contracciones, en las sensaciones de su cuerpo.

Mujer y hombre son un equipo. Llegado el momento esperado, cada uno de ellos tendrá diferentes tareas. Ella va a poner el cuerpo y él la cabeza. Lo que va a primar en ella son sus sensaciones y en él, el pensamiento.

Él tendrá que acordarse de a quién hay que llamar y cuándo, controlar cada cuánto son las contracciones, saber qué hacer si la bolsa se rompió, ayudar a su compañera en cada instancia, proponerle alternativas para que ella se relaje, y no entrar en pánico. Para eso recibe una gran cantidad de información en estos encuentros. Datos que le serán útiles para entender, para que el susto no lo paralice. Y es fundamental que él participe y que se integre a este proceso. No sólo para su compañera, sino también para nosotros, los profesionales. Porque él es quien más la conoce, quien puede activar en ella algunos puntos neurálgicos mejor que cualquiera del equipo obstétrico, quien sabe qué cosas favorecerán cada situación y cuáles van a interferir.

En estas charlas ellos aprenden que en el parto se van a encontrar con una mujer distraída, ausente, que parece haber perdido el control, y que su función será facilitar ese proceso, que a ella le permitirá sobrellevar las horas de dolor.

Hace muchos años atendí un parto muy rápido en un sanatorio. Teníamos que llegar a la sala de partos y todo el personal había desaparecido. Entonces busqué una camilla.

El futuro papá y yo la llevamos a la sala de partos y el bebé nació. Estuvimos solos nosotros tres. Ellos tenían otra hija, y él me llamó más de una vez para decirme que tenía un vínculo especial con esta segunda niña, totalmente diferente del que tenía con la primera. Sentía que su participación había sido determinante.

Si las embarazadas casi ni piensan en parir hasta el quinto o sexto mes, para los varones, esta instancia en un principio parece no tener nada que ver con ellos. Pero muchos también tienen claro que es un momento fundamental en la vida y no se lo quieren perder. Están decididos a participar de todo. En un extremo están los que quisieran hacer el curso de Abordaje Corporal-Emotivo, recibir con sus manos al bebé cuando nace... En verdad creo que lo que quieren es parir. Y en el otro están los que no tienen ningún interés; por miedo a la muerte, al sufrimiento, al estrés.

Cuando en las entrevistas de inicio les pregunto a ellos qué los asusta de este nacimiento que se viene, una respuesta frecuente es: "Que le pase algo a ella". "¿Algo como qué?", les digo. Y algunos se animan a decir: "Que se muera". El parto, por su característica de bisagra entre la vida y la muerte, genera estas fantasías.

Otros tienen miedo de que el bebé no sea normal. Y algunos también temen que sus compañeras sufran y que ellos no sepan qué hacer para evitarlo. Se sienten impotentes. Después, cuando empiezan a participar de los grupos y encuentran que su función será muy importante, que serán la "cabeza" de ese equipo, los fantasmas disminuyen. Toman conciencia de que si bien no van a atravesar ese parto con su cuerpo, con su presencia y actitud pueden garantizar que su compañera lo haga en mejores condiciones.

Con esta inclusión de los varones, se instaura una etapa en la vida de esa pareja que debería comenzar con el embarazo mismo: la de matenar a la mujer. Porque para que pueda ser madre y ocuparse de su hijo, necesita a su vez recibir los mismos cuidados. Estar protegida desde la concepción hasta las primeras épocas de la crianza.

Durante el parto, este lugar lo ocupa ese otro desde afuera que la cuida y sostiene. Creo que los hombres tienen que aprender esta función, y tenemos que ayudarlos porque la cultura no los prepara para eso. Hay que incorporarlos a la tarea previa al nacimiento y hacerles entender su importancia en el mismo. Que sepan que tienen que defender la diada mamá-bebé, una vez que éste haya nacido, del entorno: desde médicos y enfermeras hasta la familia, los amigos y la sociedad.

Más adelante serán ellos también quienes deberán introducirse entre esta madre y su niño para que se separen e interdependen. Éste es un proceso lento que depende del vínculo que el papá establezca con su hijo. Pero desde el principio del embarazo su participación es fundamental, con su cuerpo, su estilo y sus modalidades masculinas.

Los papás ausentes, que no se involucran en el embarazo, el parto ni en la crianza, y que después tampoco cumplen ese rol de separarlos, complican la evolución de ese vínculo materno-infantil, y dificultan la evolución de la pareja y la familia.

No hago una propuesta corporal específica para los varones porque en sus cuerpos no hay modificaciones relacionadas con el embarazo. Lo que hago a veces, dependiendo de cada grupo, es una clase de trabajo corporal compartida, donde las propuestas son simétricas. Algunos varones vienen con cierta aprensión. Fantasean que les pondremos un tutú y los haremos bailar danza clásica. Pero finalmente participan de todos modos y la experiencia es excelente.

Cierta vez una pareja que ante la consigna de pasarse la pelota de distintas maneras no encontraba coincidencias, luego contó que ella estudiaba de día y trabajaba de noche, y él al revés, y casi nunca se cruzaban. Se dieron cuenta de que

se acercaba el nacimiento y no tenían espacios de encuentro cotidiano y real. Lo trabajaron mucho, y el parto fue muy bueno. Funcionaron "como un relojito", los dos al unísono y juntos.

Más allá de que las reuniones informativas de parejas contienen bastante a los varones porque son una instancia muy participativa, creo que ellos debieran tener sus propios espacios coordinados por los obstetras. Pero no para trabajar lo corporal sino para poder reflexionar sobre el hecho de ser papás. ¿Qué sienten? ¿Miedo, ansiedad, envidia, ganas de escaparse?

En Buenos Aires funcionan grupos de reflexión sobre la masculinidad, poquíssimos, lamentablemente. Pero creo que en el caso concreto de la paternidad se les debería ofrecer esta oportunidad, porque en general cuando ellos encuentran un espacio se dan cuenta de que tienen muchas cosas para decir y escuchar. Me parece que en este caso la responsabilidad es de los obstetras hombres. Si fueran capaces de revisar lo que les pasa con cada parto, hacerse cargo de que ellos también son hombres, de que les ocurrieron o los atraviesan las mismas cosas que a estos futuros papás, podrían encarar un trabajo así.

Para organizar los encuentros de parejas, hace varios años me hice dos preguntas: "¿Qué quieren saber los padres sobre el parto?" y "¿Qué creemos nosotras, las parteras, que ellos tienen que saber?" Así surgieron los temas de las cinco clases: síntomas del comienzo, dolor y trabajo de parto, parto-nacimiento, puerperio, y simulacro del proceso.

1. Síntomas del comienzo

En este primer encuentro aparecen las ansiedades, los miedos, las fantasías y los mitos. Hablamos acerca de cómo empieza el trabajo de parto, aunque siempre insisto en que lo que hacemos es como un paneo general, porque cada caso será único. Y es habitual que los futuros padres tengan luego una noche agitada, que les cueste dormir, porque poner en palabras las fantasías sobre qué va a pasar y cómo va a empezar todo los moviliza muchísimo.

Es importante aclararles cuáles son las características de un parto según lo que hayan decidido: en la casa, en el sanatorio, o incluso si no lo van a tener conmigo. Son todas instancias muy diferentes, para las cuales pueden aportarse diferentes estrategias.

Si van a ir a un hospital público, donde no podrán exigir ni pedir nada, y donde los van a atender personas que probablemente no conozcan, les sugiero que en el primer control pidan que les den un diagnóstico del trabajo de parto, y que si están con menos de siete u ocho centímetros de dilatación busquen alguna excusa para irse. Pueden decir que tienen que buscar el famoso bolso, o lo que sea, y hacer tranquilos el trabajo de parto donde ellos elijan, sin estar separados, lo que sucederá una vez que ella ingrese. Por otra parte, cuanto más tarde se interne, habrá menos posibilidad de intervención.

En este encuentro también se desmitifican algunas cosas. La rotura de bolsa amniótica por ejemplo. Cuando ocurre esto, se indica habitualmente la internación inmediata, que no sólo no es necesaria, sino que aumenta el riesgo de infección y suele ser el desencadenante de una serie de procedimientos rutinarios.

Mi sugerencia siempre es que cuando la detecten no se muevan, avisen con tranquilidad, mantengan mucha higiene, y de ninguna manera se queden en la institución. Aun con la bolsa rota pueden pasar días sin que el parto empiece, pero además sin que haya riesgo de infección si la futura mamá se cuida y se queda en casa. No hay motivos para asustarse.

Otra fantasía se despierta cuando el líquido amniótico tiene color verde. Esto quiere decir que tiene meconio: el contenido de los intestinos del bebé. Durante mucho tiempo les dije a los padres que en ese caso avisaran de inmediato porque había riesgo de sufrimiento fetal. Hasta que la experiencia me indicó que la presencia de líquido meconial no está necesariamente asociada con eso en el momento de la pérdida de líquido. Entonces, lo que les propongo ahora es que si están solos escuchen los latidos del bebé y esto les da una gran seguridad. Saber escuchar los latidos es algo muy tranquilizador para los futuros papás en todo momento, y les da un acceso a la salud de su hijo que les permite tener mayor control sobre la situación.

En una ocasión controlé varias veces a una parturienta y el trabajo de parto no avanzaba, entonces les dejé el detector de latidos que usamos nosotros. Durante la noche el futuro padre lo usó y muy temprano a la mañana me llamó y me dijo que le parecía que los latidos eran irregulares. Salí corriendo y su observación era correcta.

Es fundamental esta participación activa, porque mientras ella va a estar metida en sus sensaciones, él tendrá que mirar, entre otras cosas, de qué color es el líquido que moja el apósito, cada cuánto son las contracciones, y cuándo es el momento de avisar a la partera.

2. Dolor y trabajo de parto

El dolor y la muerte tal vez son los fantasmas más grandes, más densos y más difíciles de atravesar durante todo este proceso. En este encuentro les propongo pensar en el primero como algo real y concreto que va a suceder y que va a tener características determinadas. Hablamos de la graduación que puede tener. Las parteras sabemos que puede ser mucho o muy poco, y que hay un abanico de posibilidades en el medio.

Las parejas quieren saber qué pueden hacer cuando éste aparezca. Hay dos opciones: decirles: "No te preocupes, existe la peridural, con la que casi ni te vas a enterar", o profundizar en esta experiencia atemorizante y a la vez fundamental para el desarrollo del parto. Explicar qué características tiene, cuáles son las variables, y fundamentalmente el hecho de que en el parto no es continuo, es contracción-no contracción, y entonces puede tolerarse, porque es una secuencia de dolor-no dolor, donde entre uno y otro la mujer se oxigena y se relaja.

Una parte fundamental de este encuentro son las estrategias que se pueden usar durante esas ocho, doce o veinte horas que durará el período dilatante. La pregunta es: "¿Qué harían ustedes para pasar ese tiempo? Imaginemos que venimos con varias horas de contracciones con dolor cada tres minutos, tenemos aún por delante mucho tiempo". Y es muy interesante devolverles a los futuros padres la posibilidad de pensar qué hacer. Surgen propuestas clásicas como masajes, baños de inmersión, música, caminatas, juegos, y también otras delirantes como meditar, leer, fumar marihuana y alguien sugirió alguna vez tomar champagne.

Es imposible plantearse meditar o leer en medio de contracciones. En cuanto al champagne, el alcohol dificulta el trabajo de parto porque desacelera el ritmo natural. Cuando

me plantearon lo de la marihuana, dije: "Voy a averiguarlo". Los efectos sobre el parto los desconozco porque finalmente nadie lo puso en práctica, pero si tenemos en cuenta que durante muchos años se usaron opiáceos en los partos, y que actualmente en Europa y Estados Unidos se está utilizando morfina, quizá la marihuana no sea nociva, pero habría que investigar.

Durante esta reunión, escribo una larga lista en una pizarra con lo que sugieren y vamos hablando de cada opción, viendo cuál sirve y cuál no. Esto les permite entender qué clase de dolor es éste y cómo manejarlo, lo cual baja mucho el nivel de ansiedades, mitos y fantasías, y los ubica en una situación menos teórica y más real.

Una vez una parturienta pasó toda la noche con contracciones. Cuando le preguntamos cómo había estado dijo: "Me lo pasé probando las cosas que habíamos hablado, ninguna me sirvió, pero así se me fue el tiempo". De esa forma ella evitó la angustia y toleró el proceso.

Hay algunas indicaciones específicas que hago sobre lo que se puede tomar y no tomar, y lo que conviene: que no ingieran ningún medicamento sin consultar (la aspirina por ejemplo está contraindicada, y algunas hierbas también, porque pueden provocar diarreas, dolor de estómago, o causar un efecto narcótico sobre el bebé). Sugiero bebidas que contienen minerales, o helado, que tiene agua, azúcar, crema, frutas, y es frío, es decir que funciona como un antiemético, y además calma el hambre.

En Estados Unidos, cuando una mujer empieza su trabajo de parto, le dan un vaso enorme lleno de cubitos de hielo, y a cada rato le proponen que tome un poco. Además pueden agregar todo lo que quieran mientras sea de fácil digestión: compotas, frutas, yogures, sopas, ensaladas. Y en

cuanto a las bebidas: agua y jugos. El mate y el café son irritantes, y las gaseosas producen molestias.

Les explico además por qué, cuándo y para qué tiene sentido comer y beber. Hay una prohibición implícita sobre la alimentación de las mujeres durante el trabajo de parto. Si están en una institución es probable que ni siquiera les den un vaso de agua. Esta prohibición de tomar líquidos y alimentarse hace que las madres se deshidraten y tengan contracciones que disminuyen en frecuencia e intensidad porque hay que obtener glucosa de algún lado para que los músculos trabajen.

También hablamos del momento del período expulsivo. Cuánto tiempo es probable que las mamás estén pujando hasta que el bebé nazca y qué características tiene ese proceso. Esto también es importante para los varones. Tener una idea de tiempos, movimientos y expresiones que irán reconociendo en sus mujeres y que les irán indicando el cambio de etapas es algo que los tranquiliza y les disminuye la ansiedad.

3. Parto-nacimiento

Me parece que los futuros padres tienen que conocer determinada información. Sobre todo porque algunos van a ser términos muy técnicos (presentación, borramiento, rotación y descenso, etc.) y es importante que sepan decodificarlos, sobre todo si no van a parir con nosotros. No manejar esta información genera mucha ansiedad.

Si se habla de una "derecha posterior", por ejemplo, quiere decir que hay más posibilidades de que el parto sea largo. También les muestro una pelvis de plástico de tamaño natural para que vean por dónde va a pasar el bebé, cómo

tiene que salir, cómo desarrolla todo ese transcurrir, y propongo que las futuras mamás sientan sus propios huesos en relación con el lugar por donde este bebé va a pasar.

Las preguntas más frecuentes de ellas están relacionadas con los posibles desgarros y las episiotomías. Pero igual algunas me piden que les enseñe a jadear y a pujar. No acuerdo con esas técnicas porque cada cuerpo va a encontrar la forma de expresarse sin reproducir ninguna fórmula. Pero acepto explicarles de qué se trata porque mientras lo hacen viven de alguna manera la situación del parto. Y puede ser útil que se pongan en la posición y sepan cómo suele ser un pujo, para que después no les resulte tan extraño. Sirve para desplegar la fantasía. Otras veces les muestro un dibujo, les explico que es un acto reflejo y por qué aparece. En el parto cada una reacciona a su manera. Hay mujeres que dejan de jadear porque dicen que no les sirve para nada, y otras que siguen: "Porque es impresionante la diferencia".

Si no voy a ser su partera, sugiero que exijan saber con veracidad en qué etapa del trabajo de parto están. Que las informen sobre los latidos del bebé, cuánta dilatación tienen, cuánto se supone que puede faltar para que el niño nazca. Porque con esa información van a estar mejor ubicadas para tener algún control, aunque sea mínimo, sobre el parto.

Otro tema que menciono, y que me parece que tal vez sea el nudo de este encuentro, son las rutinas institucionales (véase Anexo) que se ejercen sobre el recién nacido y sobre el vínculo mamá-bebé. Como se genera mucho daño, la información sobre lo que se hace habitualmente ayuda a los padres a que estén prevenidos y a ver qué pueden hacer para evitarlo.

Si la futura mamá va a parir en un sanatorio con nosotros, el parto queda bajo nuestra responsabilidad, pero una vez que ha nacido el niño, comienza a actuar el neonatólogo de la ins-

titución que va a aplicar todas las rutinas. En estos casos, intento que contraten a su propio neonatólogo. Si no pueden o no quieren, les sugiero que hablen con el pediatra de guardia y vean qué es posible negociar con él, qué puede evitarse y qué no, y que una vez que el bebé nazca y se lo lleven para "las rutinas de control", el papá no se separe ni un momento de su hijo y lo vaya protegiendo en cada instancia: cuando quieren ponerle la vitamina K inyectable, las gotas —nitrato de plata— en los ojos, la sonda en el ano, cuando lo bañan debajo del chorro de agua, o lo estiran para medirlo.

Otra estrategia en las instituciones es que en vez de dejar a los recién nacidos en la nursery, los tengan las mamás con ellas la mayor cantidad de tiempo posible, y si es en brazos mejor.

Cuando está planificado parir en la casa todas esas acciones rutinarias no existen; sin embargo la presencia de un neonatólogo permite mayor tranquilidad, de los padres y nuestra.

Creo que cada uno de nosotros, futuros padres y equipo obstétrico, debíamos pensar de qué forma podemos modificar las cosas. Es como si trazáramos dos paralelas: la más mínima desviación va a hacer que, en proyección, sea mucho más grande. Quiero decir que la más pequeña cosa que uno pueda aportar genera cambios.

Si una mujer sabe el daño que le va a producir una episiotomía, y el médico de su prepaga le dice que siempre las hace, ella debería pensar en buscar otro. Si no lo hace, es tan responsable como el obstetra de lo que pueda pasarle, porque él le advirtió cómo trabajaba. Si la obstétrica dice algo que no las convence demasiado, no tienen por qué quedarse con eso. Es posible buscar, investigar y decirle de la mejor manera: "Mirá, existe este material que propone otra cosa, ¿por qué no lo pensás?".

Si en las instituciones informan que las rutinas sobre el bebé son insoslayables para ellos, tenemos las recomendaciones de la OMS donde dice que ninguna de ellas es necesaria. Cada vez que uno puede hablar con alguien y proponer un cambio, es un aporte transformador que seguramente tendrá resonancias.

4. Puerperio

Me parece fundamental hablar con anticipación del puerperio: qué va a pasar después del nacimiento, cómo va a cambiar la vida de los padres, particularmente la de los primerizos. Pasar de ser pareja a ser familia es sumamente complicado. Mucha gente cree que atravesó el embarazo, el parto, el niño ya nació, y colorín colorado..., y en realidad "el baile" empieza en ese momento. Hay otras parejas que, por el contrario, tienen mucha inquietud, y cuando uno les pregunta qué les asusta del parto, dicen: "El después". Creo que ésta es la etapa más difícil de toda esta maravillosa aventura que es tener un hijo, porque aparece el personaje "bebé".

Cronológicamente, mucha literatura asocia el puerperio con la cuarentena posterior al parto y estoy de acuerdo. Es el tiempo donde hay una involución fisiológica de todo lo que fue cambiando durante la gestación. Los órganos vuelven a su lugar y el útero recupera su tamaño original. Pero lo más complejo de esta etapa es que la madre tiene que hacer el duelo de haber dejado salir de su cuerpo a su hijo. Lo que antes era uno ahora son dos. Y además se produce un reacomodamiento familiar que hace que el padre pase al tercer lugar.

Ese núcleo que antes era de dos, ahora es de tres, pero con un tercero semiexcluido: el papá, que tendrá un rol en

parte ingrato pero a la vez muy importante, que es el de sostener —emocional y materialmente— a la diada mamá-bebé. Él va a quedar inevitablemente afuera, sin que se les preste mucha atención a sus sensaciones y vivencias.

Van a llamar por teléfono y preguntarán por el recién nacido y la madre, pero no por él. Es una etapa de extrema sensibilidad y complejidad para la pareja. Cuando en el grupo hay papás y mamás que ya pasaron por esto porque van por su segundo o tercer hijo asienten con la cabeza y con palabras cuando aparece este tema porque para nadie fue fácil.

Surge la cuestión de cómo manejar a las visitas, la familia, cómo y cuándo poner límites. Hay que darse cuenta de que con la mejor intención la familia propone ayuda diciendo: "Te tengo al nene mientras lavás la ropa", cuando en verdad debiera ser al revés: asegurarles ayuda a las puérperas para que no tengan que desprenderse de su hijo. Todos van a opinar sobre por qué llora el bebé, si hay que dejarlo en la cuna, si se lo malcría teniéndolo mucho en brazos.

Quienes tuvimos hijos sabemos el caos en que se transforma la vida durante el primer mes, y lo aterrador que puede resultarnos si alguien no nos anticipó que eso podía pasar. Hay anécdotas cotidianas que contadas en el marco de los grupos resultan bastante humorísticas: no van a dormir ocho horas seguidas como antes; para las mamás va a ser difícil ir al baño solas, separarse del bebé; la casa va a estar dada vuelta y ellas no van a tener tiempo ni de sacarse el camisón. Durante la primera semana es probable que incluso hasta pierdan completamente la noción del tiempo. Suena un poco terrible dicho así, pero suele suceder de esta manera, y si la pareja puede prever estas cosas y tiene ayuda desde lo doméstico, es probable que logren atenuar la famosa depresión posparto de las mamás.

Esta mujer y su compañero atraviesan muchas vicisitudes desde que el embarazo empieza, y éstas siguen después del parto. Es un tema muy complejo donde se juegan múltiples aspectos. Hasta el nacimiento, los dos son en cierta forma "simétricos": estudian, trabajan, hacen el mismo tipo de actividades o diferentes, pero tienen autonomía de movimientos y de decisiones. Puede que alguno esté mejor posicionado laboralmente, que otro haya encontrado su vocación, o que todavía siga buscándola, pero están en el mundo parados más o menos de la misma forma. De pronto esto se rompe y empieza una asimetría en la que sobresale ella. Y el varón en algún lugar sabe que en este proceso lo mejor es quedarse tranquilo y respetar que el estrellato lo tenga su compañera. Sin embargo, a veces esta situación de "desequilibrio" genera envidia, celos, enojos. Y otras veces la asimetría se ve en que ella está en la casa todo el día y él es exitoso afuera, y su vida prácticamente no se modificó.

Suele suceder que durante el primer embarazo estén tan felices y a la vez tan asustados por lo que se les viene que estos mecanismos no se evidencien demasiado. Pero cuando están esperando el segundo hijo, a muchos hombres les surge "casualmente" otro interés: terminan la carrera, empiezan una empresa, cambian de trabajo. Es como si estuvieran demasiado ocupados con su propio "embarazo". Y esto hace que ocurran procesos muy diferentes a los de la espera del primer hijo.

5. Simulacro

En el último encuentro, el grupo inventa e imagina cómo se desarrollará el parto.

La primera pregunta es: ¿Cómo empezaría?, ¿dónde estarían ellos en ese momento?, ¿cuándo me llamarán y para informarme qué?, ¿qué harán mientras tanto? Y ellos sugieren cosas: el día de la semana, la hora, la cantidad de contracciones por hora. Describimos la situación con los aportes de cada uno, y aprovecho esta instancia para hacer las últimas aclaraciones.

Se van dando cuenta de que no existe la posibilidad de no enterarse de que comenzó, de que las contracciones no los tomarán desprevenidos y de que cuando empiezan, suelen no detenerse. Los ayudo a acomodarse a la realidad.

Es un juego interesante porque cada pareja suele describir con bastante exactitud el tipo de parto que finalmente tendrá. Cuando terminamos y ven graficado en la pizarra lo que imaginaron o suponían, las sensaciones pueden ser muy diferentes. A algunos les resuena como una situación interminable, y en el mismo grupo a otros les parece rapidísimo, y probablemente así de diferente vaya a ser para cada cual.

NOTAS

1. Odent, Michel. *Nacimiento renacido*. Obra citada, pág. 42.
2. Para más datos, véase Janov, Arthur, *La biología del amor*.
3. Se llama "experiencia acumulativa" a encuentros que duran varios días, durante muchas horas continuas, interrumpidas solamente por el tiempo de dormir. Esta metodología potencia las sensaciones y acelera los procesos de comprensión y aprendizaje.
4. Premio Nobel de Medicina en 1904.
5. G.D. Read fue un médico inglés que observando a una mujer que paría "sin dolor" le preguntó cómo lo lograba. Ella le dijo que "no tenía por qué haber dolor", y entonces él ideó el sistema de parto sin dolor.
6. Véase Thorwaia Dethlefsen y Rüdiger Dahlke, *La enfermedad como camino*, Plaza y Janés, 1992.

Capítulo 6

Una alternativa económica

La evidencia científica ignorada

¿Podría una mujer en la Argentina optar por un parto en libertad dentro del sistema de salud público o privado? Es posible que sí, aunque sometida a muchos condicionamientos por parte de las instituciones.

Los profesionales que trabajamos en esta línea tratamos de acompañarla de la mejor manera posible dentro de lo que nos permiten, si es que decide tener a su bebé en una maternidad. Cuando el nacimiento es en la casa, las posibilidades sólo estarán condicionadas por ella misma.

En sanatorios y clínicas argentinas se hicieron algunos intentos aislados por promover partos menos medicalizados y más inscriptos en una línea natural, pero no podemos decir que hayamos avanzado en ese sentido. Las restricciones son más o menos las mismas que hace veinte años. Estamos aún muy lejos de que parir así sea en nuestro país una opción masiva y popular. Y en el resto del mundo, si bien hay países que están más avanzados, todavía falta tiempo y trabajo de concientización.

Hay evidencia científica que rescata como la forma más normal de dar a luz hacerlo en casa, asistido por las parteras. Y también existen los Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal, elaborados en 1985, que de ser puestos en práctica cambiarían radicalmente la forma de funcionar de las instituciones.¹ Pero lamentablemente por negligencia, ignorancia, o afán de lucro, todo esto no es tenido en cuenta, promocionado, ni puesto en práctica por las entidades privadas ni por el Estado.

Tuve la oportunidad de participar de una de las aisladas experiencias de parto natural que se hicieron dentro de una clínica. En 1981, una socióloga del Sanatorio Quintana fue la organizadora de un modelo para que todas las personas que parieran allí tuvieran esta opción. Contaban con un sillón de partos, y convocaron a algunas parteras que ya venían trabajando desde esa filosofía, pero lo que no hicieron fue contratar a obstetras que atendieran de la misma manera. Más de una vez nos pasaba que ponían el respaldo del mencionado sillón a cuarenta y cinco grados con lo cual la embarazada quedaba sentada exactamente sobre su cóccix. En el momento del nacimiento, éste se tiene que retropulsar (ir para atrás) para darle paso al bebé; pero si ella está sentada arriba, no puede hacerlo y el niño no puede nacer. Entonces el médico nos decía: "¿Ven que no pasa? Acuéstenla". En cuanto se la acostaba, se producía el nacimiento, y el facultativo agregaba triunfal: "¿Se dan cuenta de que el parto vertical no sirve?".

Quiero decir que aunque las parteras hiciéramos un trabajo previo con contención, acompañamiento y bajísima intervención, el obstetra, que era quien finalmente actuaba, determinaba prácticamente los resultados. La experiencia terminó cuando el dueño del sanatorio decidió que era mucho más rentable, en vez de contratarnos a nosotras, tener

residentes que cobraran menos y pudieran hacerse cargo de todo el proceso porque eran médicos. Y despidieron en bloque a todo el equipo de parteras. Un proyecto que pudo haber resultado un caso paradigmático en América Latina se desmoronó en un año, a causa del afán de mayor ingreso pecuniario.

En la Argentina, el sistema de salud tiene una estructura de sometimiento en cadena. En la cima de la pirámide del ámbito privado está el poder económico: las empresas de medicina prepa, que consideran a la salud un bien con fines de lucro y no un bien social. Por lo tanto, para aumentar su rentabilidad necesariamente tienen que pagarles mal a los profesionales que trabajan para ellos. Y éstos necesitan tener muchos pacientes, muchas operaciones y muchos partos.

Para hacer todo eso el tiempo tiene que "rendirles", y por lo tanto dan turnos de consultas que suelen durar apenas diez o quince minutos, y hacen operaciones de cirugía mayor, como una cesárea, en tiempo récord. Esto sin contar las planificadas a espaldas de los futuros padres, debido a los compromisos sociales de los tocólogos, tanto los nocturnos como los del fin de semana. Lo mismo pasa con las obstétricas. Muchísimas colegas asisten entre quince y veinte partos por mes para poder redondear un sueldo. Para trabajar con esta celeridad, ambos olvidan lo esencial: el vínculo con la futura madre. No tienen otra opción. Esta relación exige receptividad y disposición, y estos profesionales no sólo no los tienen para "observar" a los demás, sino que adoptar esa actitud los haría probablemente cuestionarse su trabajo y su vida. Es inevitable que trasladen la presión que reciben a la gente a la que atienden. Ellos son víctimas y victimizan a otros. Y en la cadena de sometimientos, en lo que se refiere a obstetricia, la base de la pirámide, la más maltratada de todos, es la díada mamá-bebé.

La situación hospitalaria no es diferente. En las instituciones públicas, la presión no está determinada por la mayor cantidad de trabajo que les permita llegar a una suma digna a fin de mes, porque los profesionales perciben una cifra fija. Pero la demanda de atención es tan grande, y el dinero a fin de mes tan poco, que médicos y obstétricas tienen que trabajar muy rápido, porque tienen que ocuparse de mucha gente o correr a otra institución o a un consultorio particular para completar el sueldo. Por ejemplo, los residentes, que están perturbando bastante los partos en los hospitales con sus excesos de intervenciones, cobran 800 pesos por mes.² Para ello, van todos los días al hospital desde las 8 de la mañana hasta las 4 de la tarde y dos veces a la semana tienen guardias de 24 horas, o sea que en cada una ellas estuvieron 36 horas en el hospital. Además, estudian y, si pueden, trabajan en otra cosa porque no les alcanza.

Crisis y cambio

La crisis económica y social que se agudizó a partir de 2002 empeoró las condiciones de atención en todas las instituciones. Pero mi sensación es que, paradójicamente, de esta crisis podría haber surgido un cambio en favor de un parto más humanizado (no quiero usar la palabra "libre" porque creo que las instituciones están aún muy lejos de incorporar esa filosofía, pero sí creo que es posible que sea menos intervenido y más natural). La falta de dinero e insumos en el sistema de salud motivó, por ejemplo, que en una maternidad del Gran Buenos Aires, al escasear la oxitocina, no internaran a ninguna mujer que no llegara con un trabajo de parto muy avanzado.

Fue una enorme sorpresa para los profesionales ver cómo los nacimientos se concretaban naturalmente sin esa droga. La evidencia les mostró que los niños "nacen igual" sin goteo, y se obviaron todas las rutinas habituales. Sin embargo, no aprendieron. Cuando la oxitocina "volvió", también volvieron las antiguas prácticas. Algo similar ocurrió con las "mamás canguro".³ La práctica empezó en Colombia porque había instituciones que no tenían suficientes incubadoras, y descubrieron que la temperatura del cuerpo de las madres funcionaba tan bien como una de ellas. Después, cuando en Europa investigaron el tema, agregaron otro hallazgo: no es que las madres funcionan tan bien como una incubadora sino a la inversa, que éstas se inventaron para reemplazar al cuerpo materno. En la Argentina se está utilizando con éxito este método en un hospital de Chaco, pero en ningún otro lugar del país.

Pequeños pasos

Más allá de la crisis que podrá o no generar algo nuevo, es posible poner en práctica desde ahora pequeñas modificaciones que producirían grandes cambios en la forma de parir. Simplemente cumpliendo algunas de las dieciséis recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud estaríamos haciendo una pequeña revolución. Si les permitiéramos a las parturientas otra posición que no fuera acostadas, si pudieran estar acompañadas por alguien de su afecto, y si no les quitaran al bebé de su lado apenas dan a luz, mejoraría notablemente, sin duda, la calidad de la experiencia. A partir de estas recomendaciones, que están basadas en evidencia científica, varios países implementaron políticas públicas. No es algo

complicado de poner en práctica. En muchos aspectos se trata tan sólo de un reacomodamiento de recursos y, fundamentalmente, de un cambio de paradigma en la concepción del tema: pasar de un modelo medicalizado a uno de tipo social,⁴ más natural y con más respeto para las parturientas.

El fundamento de un parto en libertad es ponerse al servicio de las mujeres, y no obligarlas a adaptarse a una estructura prefijada y rígida. Eso no es tan difícil de implementar. Pero hay que empezar a pensar que ellas *son personas*. Si se cuenta con la estructura edilicia, el equipo profesional y una institución de mediano tamaño, lo primero que debería hacerse es sembrar conciencia: conversar con el equipo de profesionales para que considere los beneficios que le produciría un cambio de sistema. Que las mujeres ingresen y permanezcan en la institución con un acompañante, por ejemplo, tiene consecuencias que ellos quizá nunca se detuvieron a pensar: si una mujer está con alguien de su afecto no va a demandar la presencia de enfermeras y médicos a cada momento, y el clima personal y social se va a relajar notablemente.

Recientemente estuve en un hospital de la zona norte del Gran Buenos Aires. Fui a ver a un obstetra que los domingos hace guardias allí. Él y sus colegas se toman las cosas con mucha tranquilidad y no van a la sala de partos a no ser que los llamen las parteras. De lo fisiológico se ocupan ellas. Como consecuencia, esa guardia es la que menos cesáreas tiene en toda la semana. Mientras recorriamos el hospital, nos cruzamos con una obstétrica muy joven que le dijo que iba "a gotear" a una embarazada que estaba con cuatro centímetros de dilatación, y le presentó a dos chicas también muy jovencitas que eran estudiantes de obstetricia que la iban a acompañar "para ver cómo era el proceso". Es decir, que esta

partera con poca experiencia les iba a enseñar a esas estudiantes una rutina que no tiene ninguna fundamentación científica, y a este obstetra, que es un médico que se está cuestionando muchos de los conocimientos aprendidos y se está abriendo a nuevas formas de parir, no se le ocurrió frenar esa situación. Él está en condiciones de proponer una reunión con sus compañeros para discutir por qué se ingresa a una mujer a la sala de partos con cuatro centímetros de dilatación para apurarla sin fundamento.

Preguntarse es una manera de empezar a reflexionar. Y si hay una persona que tiene la capacidad de hacerlo, los demás podrían imitarlo. Por eso creo que muchas de las cosas no se hacen bien sólo por inercia.

Ese hospital tiene habitaciones individuales, o sea que cada futura mamá podría estar acompañada por quien quisiera. Sin embargo está prohibido, tiene que estar sola. Y lo que es peor, en cada habitación hay dos camas y baño privado, de modo que después del parto podría quedarse con ellas el marido, la madre o la hermana, pero esto también está prohibido. Hay un horario restrictivo de visitas de apenas dos horas al día, el resto del tiempo están en soledad, justamente cuando más necesitan del sostén amoroso de familiares. ¿Por qué? Esto se contradice con las recomendaciones de la OMS y con toda la evidencia científica, pero ningún director de hospital o sanatorio justifica por qué se hace de esa manera.

La buena voluntad me lleva a pensar que los médicos no son sátrapas que atropellan los derechos humanos de las mujeres, sino que mesiánicamente creen que con las rutinas y las intervenciones las están salvando. Pienso que no necesariamente niegan la evidencia científica a conciencia, sino por miedo, porque no serían capaces de llevarla adelante, y la

mayoría de las veces porque la desconocen o deliberadamente ignoran cualquier referencia a ella. No quieren enterarse.

Nadie difunde la información, ni la busca, ni la escucha.

Hace unos años, los investigadores del Centro Rosarino de Estudios Perinatológicos (CREP) hicieron un estudio sobre episiotomía en tres hospitales de su ciudad y concluyeron que solamente tenían sentido el 33% de las intervenciones que se habían hecho. Este trabajo había sido encargado por la OMS, que es una institución mundial y oficial, por lo tanto los datos fueron remitidos allí, pero cuando intentaron difundirlo en el país ninguna institución científica se interesó. En cambio sí fue publicado por un diario de circulación masiva. Sin embargo, en la misma publicación, en un recuadro, se le hizo una entrevista a un profesor de Obstetricia de la Facultad de Medicina que dijo que la cantidad de partos sobre los que se había investigado era insuficiente. El estudio estaba hecho sobre más de mil quinientos casos. ¿Esa cifra es insuficiente? En Estados Unidos muchas veces consideran seriamente investigaciones hechas sobre cincuenta casos. Y aun bastante menos. Pero además creo que el estudio hubiera sido significativo incluso si se hubiera hecho sobre cien nacimientos.

Habitualmente trabajo con obstetras con quienes atienden los partos, en instituciones o domiciliarios, a los que me convocan. A uno de ellos, una persona sensible y con experiencia, lo invité innumerables veces, a lo largo de muchos años, a que viniera a un nacimiento en casa, sólo para que conociera cómo era. Costó muchísimo que lo hiciera por primera vez. Había buena predisposición de su parte, pero se resistía por temor. Hasta que finalmente lo hizo como observador y la experiencia le pareció maravillosa. Ahora disfruta cada nacimiento en casa desde un rol muy claro. Él viene y está, pero no interviene a no ser que se lo pida expresamen-

te. Y otra médica lo transmitió mejor todavía diciendo: "Estar por primera vez en un nacimiento en casa es una verdadera revelación".

Me pregunto diariamente cómo difundir la ideología del parto libre y domiciliario masivamente y lograr algún tipo de repercusión. Porque lo que debería quedar claro es que no estamos hablando solamente de los derechos de las mujeres sino también de los de sus bebés, maridos y familias, y de los de todos los profesionales que las atendemos. Si el parto pudiera realizarse respetando las necesidades de cada uno, sería mucho más sano para todos.

En la Argentina existen leyes que no se cumplen y nadie controla esto.

Cuando estudiaba obstetricia hace más de cuarenta años, ya estaba legalmente establecido que las parteras podíamos atender embarazos, partos y puerperios normales, y esto solía suceder en los barrios. Ahora ocurre parcialmente en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, donde se nos reconoce el derecho a realizar solas el seguimiento de un embarazo normal. En algunas instituciones porteñas, los médicos están dejando estos controles e incluso el trabajo de parto en manos de las parteras.

También es cierto que muchas instituciones privadas están permitiendo desde hace algunos años que los maridos estén en la sala de partos y puedan dormir con sus esposas en las habitaciones. Esto se logró por la presión inicial de los futuros papás y de algunos equipos que los acompañamos en sus reclamos, "haciéndonos cargo" de la presencia de esos hombres durante el parto. Pero debemos admitir que las clínicas que se flexibilizaron son las que cobran aranceles y, por lo tanto, en ellas los contratantes tienen cierto poder para exigir que se cumpla lo que en verdad es su derecho.

Costos

Un nacimiento implica costos económicos para el sistema de salud: enfermeras, mucamas, hotelería, medicamentos y tecnología. Tratándose de un parto natural todos esos gastos son menores. Además están los honorarios de los profesionales: obstetra, partera, neonatólogo, anestesista, etc. Si el parto ocurriera en la casa, no sería necesario cubrir gastos de hotelería ni comida ni insumos, lo cual implica una importante disminución de costos. Quienes los atendemos de esta manera lo vemos en la práctica cotidiana. Cuando no hay que trasladarse a la institución, la prepaga, la obra social o el hospital se ahorran el dinero y aumenta la disponibilidad de camas y personal para cubrir verdaderas urgencias.⁵

Si pudiera aceptarse como una opción posible, se deberían contemplar mejores honorarios para el equipo obstétrico y cubrir los gastos de insumos básicos que actualmente corren por cuenta nuestra y de los padres (los cuales, verdaderamente, son mínimos) y que seguramente van a ser más económicos porque la empresa los adquiere en cantidad. En realidad, todos los profesionales del sistema de salud deberían cobrar mejor, no sólo los que asisten partos domiciliarios. Una obstétrica debería cobrar igual que un médico, y entonces es probable que ellos dejaran en sus manos el trabajo, porque no tendrían interés pecuniario en atenderlos. (Esto es así en algunos lugares del mundo, como Australia u Holanda). En los hospitales públicos, donde cada uno percibe un sueldo mensual, los obstetras suelen estar menos en el área obstétrica, y el índice de cesáreas es casi cincuenta por ciento menor que en la medicina privada.

Pero en estos momentos, en la Argentina, creo que quienes atendemos los nacimientos en casa deberíamos estar me-

por retribuidos económicamente. No sólo porque nos trasladamos hasta la vivienda de la embarazada —a cualquier hora del día o de la noche, en cualquier lugar, a veces a decenas de kilómetros, con los riesgos de andar por Buenos Aires en este momento— y llevar todos los implementos que pueden hacer falta en cada parto; sino —y esto es desde mi punto de vista lo más importante— porque nuestra responsabilidad, disponibilidad y exigencia es mucho más grande.

La organización jerárquica en un sanatorio indica que debe haber un médico que se hace cargo de los partos, aunque esté de guardia pasiva. Es decir que las decisiones que tomo están en última instancia supervisadas por él, y él es el responsable. Si en cambio estamos en una vivienda, con un obstetra y un neonatólogo, toda la responsabilidad legal y emocional de lo que ocurra es de los tres. No hay una institución detrás que confía en nuestro trabajo y responde por nosotros, como en el caso de Holanda. Por todo esto creo que los honorarios de quienes asistimos este tipo de nacimientos deben ser mayores. En la actualidad, esto es así de hecho porque el parto en casa es una oferta particular, no cubierta por el sistema público ni privado de salud. Lo máximo que puede lograr una pareja es que su seguro médico le reintegre parte de lo que nos pagaron, aduciendo que no usaron las instalaciones institucionales. Pero el parto domiciliario no está nombrado. Esta opción es, en principio, mucho más fácil para un obstetra, porque si todo transcurre por los carriles naturales no tiene nada que hacer, sólo estar por si se lo necesita. Esto debería ser igual en las instituciones, pero como ahí los médicos deben justificar su papel, siempre intervienen de alguna forma, aunque sólo sea poniéndose la bata y recibiendo al bebé.

Creo que un modelo interesante que podría aplicarse en la Argentina es el que están proponiendo las asociaciones de

matronas en España y en Francia: que la seguridad social cubra todos los gastos de un parto domiciliario, como sucede en Holanda.

Esto significa pagarles a los profesionales —parteras y médicos— tanto si el nacimiento es hogareño como si es en una clínica. Ellas están tratando de probar con evidencia científica que les resulta más económico pagarle al equipo obstétrico para que atienda los partos en las casas que en los hospitales públicos, aun cuando estos honorarios puedan ser significativamente más altos.

En España, las usuarias se organizaron para reclamarle a la Seguridad Social el reintegro de los honorarios de los nacimientos hogareños.

Poner en práctica un modelo como el holandés sería maravilloso y abarataría los costos. Allí, todo el sistema de maternidad está cubierto por el Estado. En ese país, la embarazada puede elegir si quiere que la atienda una partera en especial o la que trabaja en el hospital más cercano a su barrio. Cuando va a la primera consulta le preguntan dónde está pensando tener a su bebé. Y si dice que en su domicilio, la preparan durante el embarazo para esa elección que hizo, y el control va a estar en manos de la comadrona a menos que aparezca alguna patología. Cuando empieza el parto, se dirige a su casa una de las de guardia, que llega acompañada de una ayudante, la cual se ocupa de las tareas domésticas: sacar a pasear al perro, cuidar a los chicos, etc.

Y la partera se queda sola con ella hasta que nazca su niño, pero en comunicación permanente con el hospital, informándoles cómo evoluciona. Si apareciera un problema como una alteración de latidos, avisa que están saliendo para allá y ahí estarán esperando a esta mujer con su historia clínica, todo lo que ocurrió durante el embarazo y el reciente trabajo

de parto que fue reportado por teléfono. Y se verá si hace falta una intervención.

Algunos profesionales, particularmente en la Argentina, dicen que aquí no podemos atenderlos de esa manera, porque allí tienen "la ambulancia en la puerta", lo cual no es verdad. Como respondió un futuro papá holandés ante esa pregunta: "¿Cuántos cientos de ambulancias imaginan que tenemos?".

También lo confirmó la representante de Holanda en el Congreso Internacional "Nacer en Casa" realizado en Jerez de la Frontera, España, en el año 2000. En verdad no es necesario en absoluto. Allí, como la formación de un médico le cuesta al Estado mucho más dinero que la de una partera, su tarea queda restringida a la patología, y hay un médico por cada cinco parteras en cada hospital. Los costos son menores en todo sentido: dinero, energía, tensión. Y lo más importante: con este sistema, Holanda tiene los índices más bajos de morbi-mortalidad materna e infantil ¡de todo el mundo!

En los países nórdicos, donde el porcentaje de partos domiciliarios es del 30%, está pasando lo mismo, y además bajaron los índices de prematuridad y patologías de todo tipo.

La opción de una elite

Hasta la debacle económica de diciembre de 2001, la gente que contaba con una obra social —algunas eran más receptivas que otras— planteaba que querían tener un parto domiciliario y pedían un reintegro a la institución porque no iban a generarle gastos de internación.

La Asociación de Arquitectos tiene incluso una disposición en este sentido incorporada entre los derechos de sus

afiliados, y esto es mérito de Ñu-ñu,⁶ que con su lucha sentó un precedente.

Y en la Asociación Argentina de Actores durante bastante tiempo reintegraron una cantidad importante de los honorarios profesionales en ese caso particular.

Las empresas prepagas, aunque uno esté afiliado al sistema de reintegro, curiosamente no incluyen el parto en casa.

Entonces, el mecanismo al que nos vemos obligados para que la gente tenga algún reintegro es que el médico haga una nota diciendo que llegó a revisar a la embarazada y el bebé estaba naciendo, por lo tanto el parto fue en la casa, y felizmente hay algunas que aceptan esta argumentación. Y los que no tienen sistema de reintegro, también lo intentan después. A veces tienen éxito y a veces no.

El costo de un parto domiciliario es variable. Depende de cada profesional y del tipo de acuerdo que cada pareja haga con quienes la asistan. Cada uno tiene una suma más o menos estipulada, pero se puede modificar en función de las posibilidades económicas de quienes requieren estos servicios.

Actualmente, un equipo obstétrico que incluya partera, obstetra y neonatólogo puede costar no menos de 2.000 pesos (unos 700 dólares)⁷. No es una cifra descabellada pero tampoco está al alcance de todos. Algunos grupos asistenciales trepan a cifras bastante más altas, ¡llegan a triplicarlas!

Creo que el parto libre, en el sistema actual, es lamentablemente sólo para una elite, relacionada más con una actitud ante la vida que con su nivel de ingresos.

Alianza de mujeres y parteras

Como ya mencioné, creo que la única forma de que logremos avanzar en la institucionalización de una propuesta de parto libre es mediante una alianza de mujeres y parteras. El problema es que ambos grupos, por el momento, están casi anulados por el sistema. Salvo escasas voces críticas entre las obstétricas, y sectores un poco más importantes de madres con cierta conciencia de la experiencia del parto, la mayoría no se cuestiona el discurso impuesto por el sistema de salud: cree que parir un hijo es una situación de riesgo, y que si ella y su hijo salen vivos y sanos de ese trance ya es fantástico.

Si a una le hicieron una cesárea porque no tenía suficiente dilatación, o el bebé no bajaba, o tenía sufrimiento fetal, siente que el médico es Dios, que los salvó a los dos.

Pero cuando hace el relato del parto, uno se da cuenta de cuántas cosas indebidas se le hicieron, empezando por no tenerla en cuenta a ella como persona. Ni qué decir de todo lo que además, terminaron generando las patologías mencionadas. Entonces, cuando escucho a estas mamás me pregunto: ¿Son ellas quienes llevarán adelante la lucha? Si ni siquiera tienen noción de lo que les está pasando. Se supone que a su lado deberíamos estar las parteras, con todas las postergaciones acumuladas por décadas.

Hemos perdido lugares de trabajo, y función, pero también el deseo, la gratificación, el placer, y la alegría de estar acompañando a la futura madre y no siendo sólo ayudantes sumisas del obstetra.

¿Qué espacios van a pelear estas colegas que fueron formadas por el sistema médico sin ningún tipo de conciencia de su rol sino, por el contrario, con una deliberada deforma-

ción? Creo que en muchos sentidos estamos peor que hace veinte años. La estructura en general empeoró y se redujeron las posibilidades de llevar adelante experiencias institucionales. La divulgación masiva del parto libre o la experiencia domiciliaria no es mejor ni más profusa. Y la conciencia de madres y parteras no aumentó en términos masivos. Existe una Red por el Parto Humanizado donde confluimos varios de los profesionales que proponemos una alternativa al parto medicalizado.

Hay un grupo potente y consciente de madres que formó la asociación Dando a Luz para difundir los derechos de las mujeres a tener un parto respetado y seguro; y hay profesionales que aisladamente tratan de humanizar el trato en sus instituciones o se interesan en las alternativas al parto institucional.

Aun así somos muy pocos.

Confío en que este libro sea un instrumento más para difundir una opción de parto injustificadamente estigmatizada como riesgosa.

Traté de brindar todos los elementos a mi alcance, desde la evidencia científica hasta la experiencia personal, para que mujeres, parteras y profesionales que atienden partos puedan ampliar sus conocimientos y perspectivas.

Quizá el día de mañana nos encuentre a muchos de nosotros unidos en la creación de espacios más solidarios y respetuosos para que las embarazadas puedan parir a sus hijos.

Creo que el parto en libertad es la mejor alternativa posible y, como soy optimista por naturaleza, pienso que quizá no está tan lejana.

NOTAS

1. Véase Anexo: "Principios de la Organización Mundial de la Salud acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y posparto".

2. Valores estimados a diciembre de 2002. Es el equivalente a menos de 300 dólares.

3. Mujeres que llevan a sus bebés prematuros pegados a sus cuerpos: la temperatura corporal es la misma que la de una incubadora y el bebé termina su desarrollo sin separarse de su madre.

4. Mardsen Wagner sostiene en "El nacimiento en el nuevo milenio" (ponencia citada, pág. 58) que en la actualidad existen tres formas de atender los partos: la asistencia altamente medicalizada y centrada en el médico; el modelo social, con comadronas fuertes y autónomas y menos intervención, que si bien está marginado en Estados Unidos, Irlanda, Rusia, la República Checa, Francia, Bélgica y Brasil, entre otros países, está bastante difundido en Holanda, Nueva Zelanda y la península escandinava; y una tercera opción, mezcla de las dos anteriores, que predomina en Gran Bretaña, Canadá, Alemania, Japón, Australia y España. "En los países del Tercer Mundo —señala— existen servicios al estilo médico en las grandes ciudades, mientras que los servicios que siguen el modelo social permanecen en las áreas rurales donde el modelo médico no penetró todavía. La lucha entre estas dos formas de concebir el parto se ha globalizado e intensificado en los últimos tiempos."

5. En "Home births: the report of the confidential enquiry by the National Birthday Trust Fund, de G. Chamberlain, A. Wraight, y P. Crowley", se menciona un estudio realizado en Gran Bretaña en el que se compararon los costos del embarazo, el parto y el posparto inmediato en bebés nacidos en casa y en el hospital. Los items analizados fueron: consultas prenatales, personal presente en el trabajo de parto y en el nacimiento, tipo de parto, sutura perineal y cuidados del bebé. La conclusión fue que el costo diario del parto planificado en casa es de 205,28 libras, mientras que el parto planificado en hospital le cuesta al Servicio de Salud 332,33 libras. (Ann Thomson, artículo citado, pág. 60).

6. Nu-ñu es una organización no gubernamental de usuarios que defienden la lactancia natural y el parto domiciliario atendido por parteras.

7. Cifras estimadas en diciembre de 2002.

Anexos

Principios de la Organización Mundial de la Salud: acerca del cuidado perinatal. Guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y posparto¹

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el metaanálisis de estudios controlados sugieren que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar de que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias. Por este motivo, han sido identificados una serie de principios acerca del cuidado perinatal y se han desarrollado materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa. La Oficina Regional de la OMS para Europa recientemente desarrolló un Taller de Cuidado Perinatal en el cual se propusieron diez principios que deberían ser considerados en el cuidado perinatal en el futuro. Estos principios fueron ratificados luego en una reunión de la Oficina Regional de la OMS para Europa y sus Estados miembros (Segunda Reunión de Puntos Focales para la Salud Reproductiva/Salud de las Mujeres y los Niños en la Región Europea).

Los diez principios del cuidado perinatal que la OMS señaló en la reunión fueron:

El cuidado del embarazo y el parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Estar basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja, ya que procedimientos más simples pueden ser suficientes o aun superiores.
3. Estar basado en las evidencias, lo cual significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, y cientistas sociales.
6. Ser integral. Y tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias y ser dirigido a las necesidades no sólo de la mujer y su hijo sino de su pareja.
8. Estar adecuado a las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos principios aseguran fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado perinatal efectivo, y están siendo incorporados en los materiales técnicos así como también en las herramientas de monitorización y evaluación de la Oficina Regional Europea de la OMS.

Formas de cuidado que deberían ser abandonadas

- a. No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- b. Que los médicos participen en la atención de todas las mujeres.
- c. Insistir en el confinamiento institucional universal.
- d. Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- e. Rasurado de rutina.
- f. Enema rutinario.
- g. Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo.
- h. Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto.
- i. Episiotomía rutinaria.
- j. Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de una cesárea anterior.
- k. Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- l. Uso de sedantes/tranquilizantes de rutina.
- m. Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido.
- n. Separar a las madres de sus hijos cuando éstos se encuentran en buen estado de salud.
- o. Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados.
- p. Lactancia con restricciones.
- q. Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- r. Prohibir las visitas de los familiares.

Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento

- a. Proveer apoyo psicosocial a las mujeres.
- b. Permitir el contacto irrestricto entre madre e hijo.
- c. Evitar un índice de cesáreas superior al 7%. Pasado ese límite suelen ser innecesarias.
- d. Permitir la posición levantada durante el trabajo de parto.

Prácticas en el control prenatal recomendadas para el personal de salud

Nutrición

- Recibir ácido fólico antes del embarazo y durante el primer trimestre.
- Suministrar hierro sólo si está indicado, sabiendo que un nivel de hierro más bajo considerado habitualmente como indicador de anemia es fisiológico durante el embarazo.
- Abandonar las evaluaciones tradicionales perinatales con puntaje de riesgo, ya que las mismas no pueden predecir quiénes desarrollarán complicaciones. En lugar de esto, observar a las mujeres que no se encuentren en riesgo, permaneciendo vigilantes en todo momento ante cualquier signo fuera de lo normal. Una clasificación de "riesgo" debe ser flexible y abierta a ser revisada.

Atención médica

- Reducir el número recomendado de consultas prenatales para las mujeres con embarazos normales con el fin de disminuir el exceso de medicación y de hospitalización.
- Reducir el uso rutinario de exámenes ecográficos durante el embarazo a una ecografía (alrededor de las 18 semanas).

- Minimizar la cantidad de pruebas de tamizaje durante las consultas. Son esenciales los exámenes de sangre, orina y presión arterial para pesquisar proteinuria, además de la medición de altura uterina. Los demás estudios deben realizarse solamente si están indicados.
- Entender la sensibilidad y especificidad de cualquier prueba diagnóstica utilizada. No indicar pruebas que no tengan indicación clínica clara.

Cuidado psicosocial

- Proveer preparación para el embarazo, el parto y la paternidad. Brindar adecuada preparación e información como parte del cuidado. Incluir compañías que la mujer elija en esta preparación. Reconocer que los padres tienen necesidades propias como individuos y no solamente como compañeros o acompañantes de la pareja.
- Evaluar potenciales factores de riesgo psicosociales que puedan influir en la mujer y su familia. Es útil emplear una escala como la Escala ALPHA para estos fines.
- Proveer a las madres de la historia clínica de su embarazo y parto. Las madres guardan estos documentos para asegurarse de que los mismos van a estar disponibles siempre que los necesiten.
- Brindar a las mujeres información basada en evidencias científicas y estimular su participación en las decisiones acerca de su cuidado.
- No sentirse obligados, en ningún momento del embarazo o el nacimiento, a brindar cuidados que no estuvieran basados en evidencias científicas, aunque éstos cumplieran con los intereses de la madre y el niño y fueran requeridos por la mujer o su familia.
- Ofrecer un enfoque individualizado acerca de la atención en todo momento.
- Alentar el desarrollo de protocolos locales de atención.

Alimentación del niño

- Estimular la lactancia materna como el mejor método para alimentar al niño.
- No recomendar ninguna preparación para las mamás, ya que ésta no es efectiva.

Recomendaciones para la atención intraparto:

Primer estadio

- Uso del partograma para registrar y monitorear el progreso del trabajo de parto. Limitar los exámenes vaginales para evaluar el progreso realizándolos cada 4 horas en trabajos de parto normales y cada 2 horas cuando se llegue a la línea de alerta del partograma.
- Minimizar la cantidad de intervenciones durante el trabajo de parto; particularmente evitar la introducción de cualquier dispositivo dentro de la vagina. Estimular una política de "manos libres".
- Abandonar el uso de rasurado y enema.
- Estimular la deambulación durante el trabajo de parto.
- Usar el estetoscopio fetal para monitorear la frecuencia cardíaca del feto.
- No restringir la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto y permitir que las mujeres con trabajos de parto que progresan normalmente ingieran comidas livianas si las necesitan.

Apoyo psicosocial

- Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.
- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Pro-

veer doulas (acompañantes entrenados) en el caso de ausencia de una persona, y estimular su presencia además de la de su familia, si la mujer lo requiriera. Tener en cuenta que los padres no siempre son la compañía adecuada para apoyar a sus parejas, y que ellos también pueden beneficiarse de recibir un apoyo adecuado.

- Usar un sistema rotativo de parteras para facilitar el trabajo en los momentos de mayor actividad.
- Respetar la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el posparto.
- Ser sensible a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias.

Período expulsivo

- Usar una posición levantada si la mujer lo elige durante el parto. Evitar la posición supina, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas). Abandonar las camas de parto tradicionales para los partos normales. Usar una cama estándar si se elige una cama para el parto.
- No realizar episiotomías de rutina (o perineotomía o incisión mediana).
- No suturar rutinariamente los desgarros o los cortes menores: las pequeñas heridas usualmente cicatrizan solas. Suturar sólo cuando esté indicado.
- No realizar exámenes del cuello después del parto en forma rutinaria excepto que exista evidencia de hemorragia.
- Las tasas de cesárea deben ser entre 5% y 15% en cualquier institución, según el nivel de atención.
- Usar la tecnología más sencilla disponible, en lugar de técnicas sofisticadas, si esta tecnología está apoyada por evidencia fuerte acerca de su utilidad.
- Usar el método de Misgav Ladach (Starr) para la cesárea cuando sea posible.

- No aumentar los costos en cuidados que no sean esenciales; una compañía para brindar apoyo durante el trabajo de parto es esencial, no un lujo. Los costos de cuidados que no son necesarios (por ejemplo televisor en las habitaciones) pueden ser cubiertos por la iniciativa privada.

Manejo del dolor

- Evitar el uso de medicación durante el trabajo de parto. Para el manejo del dolor se deben usar preferiblemente métodos no farmacológicos como la deambulación, el cambio de posición, masajes, relajación, respiración, acupuntura y otros.
- Evitar la analgesia epidural como un método de rutina para calmar el dolor. Preferir la anestesia espinal/epidural a la anestesia general en la cesárea.

Recomendaciones para establecer un buen contacto madre-hijo

Nacimiento

- Ubicar al bebé sobre el abdomen de la madre y secarlo inmediatamente. Animar a que la madre participe. Quitar esa toalla y tapar a la madre y al niño con una segunda toalla que se encuentre seca. Mantener la cabeza del bebé tapada para minimizar la pérdida de calor.
- Cortar el cordón una vez que hayan cesado las pulsaciones del mismo mientras el bebé se encuentra con su madre, siempre y cuando no exista una hemorragia significativa.
- Incentivar el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo lo que sea posible durante el posparto inmediato y posteriormente.

Amamantamiento

- Incentivar la alimentación del niño cuando él esté dando señales de que está listo para recibirla mostrando salivación, movimientos orales, llevándose las manos a la boca y moviéndose hacia el pecho materno. No forzar la alimentación hasta que el bebé no esté listo.
- No separar al bebé de su madre en las primeras horas después del parto. Intentar realizar todos los exámenes necesarios para el recién nacido normal en la cama de la madre, en lugar de utilizar una mesa examinadora apartada.
- Retrasar la realización de los exámenes que no sean necesarios. Realizar los exámenes con la madre y el niño juntos. Demorar el momento del baño por seis horas o más.
- Demorar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica para evitar que el contacto visual madre-hijo se vea alterado. Luego del nacimiento buscar los momentos apropiados para dar la vitamina K, BCG y realizar la profilaxis de la conjuntivitis gonocócica contra la gonorrea (en aquellas instituciones donde esté indicado).

Recomendaciones para los cuidados posparto

Contacto madre-hijo y amamantamiento

- Seguir las guías de la Iniciativa del Hospital Amigo del Niño para la alimentación infantil: incentivar la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento y evitar cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa o sustitutos de leche materna.
- Ofrecer el alojamiento conjunto para madres y bebés las veinticuatro horas del día.
- Incentivar el contacto piel a piel durante la estadía posparto en el hospital.

Apoyo psicosocial

- Permitir la libre visita de los miembros de la familia que la mujer elija durante el posparto.
- Es ideal ofrecer comodidades para que un miembro de la familia pueda acompañar a la madre durante la noche.

El alta

- Utilizar un criterio flexible en cuanto al momento del alta: permitir que las mujeres juzguen cuándo es el momento para volver a su hogar.
- Asegurarse de que exista una situación familiar adecuada y sostenedora luego del alta. Si ésta no existiera realizar los arreglos necesarios para un seguimiento intensivo.
- Facilitar contactos en la comunidad y fuentes de soporte local para todas las mujeres.
- Incorporar las percepciones de las mujeres y sus parejas acerca de los cuidados, como parte de un procedimiento estándar para el cuidado efectivo y apropiado.

Planificación familiar

- Asegurarse de brindar consejos acerca de la planificación familiar antes del alta.

BIBLIOGRAFÍA

- Chalmers B. "Appropriate technology for birth revisited". *Br. J. Obstet, Gynaecol.* 1992; 99: 709-710.
- Chalmers I., Enkin, M., Keirse, M. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth.* Oxford, Oxford University Press, 1989.
- Chalmers, B., Porter, R., Sheratt, D., Peat, A., Tucker, C. *Essential Antenatal, Perinatal and Post Partum Care-Course.* Cope-

nhague, World Health Organization Regional Office for Europe, 1999.

Enkin, M., Keirse, M., Renfrew, M., Neilson, J. *A guide to effective Care in Pregnancy and Childbirth.* Oxford, Oxford University Press, 1996.

Midmer, D.K., Biringier, A., Carroll, J.C., et al. *A reference Guide for Providers: The Alpha Assesment Form.* 2ª ed. Toronto, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, 1996.

Tamburini, G., Uxa, F., Drogovich, D., Semanova, G., (eds.) *Essential Newborn Care and Breastfeeding.* Copenhagen, World Health Organization, 1997.

Wilson, L. M., Reid A.A.J., Midmer, D.K., et al. "Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum outcomes". *CMJA.* 1996; 154: 785-799.

World Health Organization. "Appropriate technology for birth". *Lancet.* 1985; ii: 436-437.

World Health Organization. *Having a Baby in Europe.* Copenhagen, Autor, 1985.

World Health Organization. *Second Meeting of Focal Points of reproductive Health/Health of Women and Children in the European Region.* 11-13 mayo, 1998, Copenhagen.

World Health Organization. *Workshop on Perinatal Care Preceedings.* Venecia, 16-18 April. Copenhagen, Autor, 1998.

NOTA

1. Chalmers B., Mangiaterra V., Porter R. *Who principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course.* Sin datos.

Controles, procedimientos y rutinas durante el embarazo, el parto y el nacimiento

Es preciso aclarar que esta información no pretende ser un manual o protocolo de cómo deben hacerse las cosas; nuestro objetivo es ofrecer un listado a modo de guía para que podamos preguntar y saber. Así como cada persona es única, son únicos cada embarazo, parto y nacimiento. No hay una fórmula para acompañar estos procesos de manera idéntica y repetida.

Durante el embarazo, el parto y el nacimiento se realizan diferentes controles a la mujer y al bebé. Cuando estos controles son efectuados sin evaluar el estado de salud de cada individuo y sus necesidades particulares se transforman en rutinas. Estas rutinas, que suelen ser molestas, dolorosas y riesgosas "se aplican usualmente y sin cuestionamiento por el mero hábito o costumbre de los miembros del equipo de salud o por pautas no revisadas, controladas ni actualizadas" (Pronsato, J. 2000).

Creemos que es necesario conocer las rutinas para plantear dudas y cuestionar su utilización indiscriminada. El embarazo, el parto y el nacimiento no son situaciones de enfermedad sino de salud, naturales y fisiológicas. Está claro que la mayoría de estos procedimientos pueden ser útiles en situaciones específicas donde se requiera su aplicación. Pero no, insistimos, en todos y cada uno de los embarazos, partos y nacimientos. También es necesario conocer aquellos controles y procedimientos que se deben realizar en cada embarazo, parto y nacimiento para corroborar que transcurran saludablemente. Puede ocurrir que por falta de recursos y/o tiempo y/o negligencia estos controles no se lleven a cabo.

Incluimos a la información como parte de estos procedimientos. La partera, el obstetra y el neonatólogo deben compartir toda la información disponible con los padres en un lenguaje accesible para todos. Únicamente con toda la información a nuestro alcance podemos sentir que estamos recibiendo la atención que necesitamos para vivir estos procesos vitales de manera respetada y segura.

A continuación listamos los procedimientos que realizados de manera rutinaria se encadenan unos con otros. Cada rutina hace necesaria la siguiente transformando un hecho fisiológico en un acto médico. Y luego detallamos los controles, procedimientos y rutinas que se deben realizar siempre, los que no deberían realizarse en un embarazo, un parto y un nacimiento normales y los que nunca deben realizarse.

Cadena de rutinas sobre la mujer durante el trabajo de parto y el parto

Internación precoz	Peridural o anestesia local
Internación con separación del acompañante	Monitoreo electrónico
Posición acostada	Traslado en silla de ruedas a sala de partos
Prohibición de ingerir alimentos y líquidos	Pujo conducido
Colocación de vía endovenosa	Maniobra de Kristeller
Rotura artificial de bolsa (amniotomía)	Episiotomía
Goteo de oxitocina	

Esta serie de rutinas, realizadas durante un parto sin patologías, terminan en muchísimos casos en una cesárea o uso de fórceps.

Cadena de rutinas sobre el bebé inmediatamente después del nacimiento

Recepción en sala de partos con temperatura inadecuada (baja) para el bebé.
Corte inmediato de cordón
Separación de la mamá para controles y observación
Aspiración de secreciones
Sonda nasogástrica
Sonda anal
Mamadera de solución glucosada y/o leche de fórmula

Lo que debe realizarse siempre

Durante el embarazo	¿Es necesario?
Información general y de cada procedimiento y control a realizar	Siempre
Confección de historia clínica	Siempre
Análisis de sangre	1 por trimestre
Análisis de orina	1 por trimestre
Presión arterial	Siempre
Peso	Siempre
Examen de pechos	Siempre
Observación de piernas	Siempre
Examen de secreciones vaginales	1 en el 3º trimestre
Palpación abdominal (control de crecimiento uterino)	Siempre
Control de latidos fetales (con Pinnard o detector de latidos)	Siempre
Tactos	Sólo si hay contracciones dolorosas o cercano a la FPP
Ecografías	Sí, las menos posibles
Curso de parto	Sí

Durante el trabajo de parto y el parto	¿Es necesario?
Información general y de cada procedimiento y control a realizar	Siempre
Control de contracciones	Siempre
Auscultación intermitente con Pinnard o detector de latidos	Siempre
Tactos	Los mínimos indispensables y por la misma persona
Durante el alumbramiento	¿Es necesario?
Información general y de cada procedimiento y control a realizar	Siempre
Durante e inmediatamente después del nacimiento	¿Es necesario?
Información general y de cada procedimiento y control a realizar	Siempre
Recepción con temperatura adecuada para el bebé	Siempre, de 25° para arriba
Secado del bebé con telas esterilizadas	Sí, pero no debieran ser duras y ásperas
Gotas en los ojos (nitrato de plata)	Es ley, pero se puede pedir que se postergue
Vitamina K inyectable	Es ley, pero podrían darse por vía oral en 3 dosis
Identificación por impresión de huellas con tinta	Es ley, pero no está reglamentada
Internación conjunta de la mamá y el bebé	Siempre

Lo que nunca debe realizarse

Durante el trabajo de parto y el parto	¿Es necesario?
Internación con separación del acompañante	Nunca
Rasurado	Nunca
Enema	Nunca
Tactos varios por diferentes personas	Nunca
Maniobra de Kristeller	Nunca
Masaje y estiramiento del periné durante el expulsivo	Nunca
Durante e inmediatamente después del nacimiento	¿Es necesario?
Mamadera de solución glucosada y/o leche de fórmula	Nunca

Lo que no debería realizarse en un embarazo, un parto y un nacimiento normales

Durante el embarazo	¿Es necesario?
Indicación de tomar vitaminas	No
Monitoreos electrónicos semanales en el último mes de gestación	No
Prostaglandinas	No
Programación de cesárea por cesárea anterior	No
Doppler	No
Durante el trabajo de parto y el parto	¿Es necesario?

Internación precoz	No
Posición acostada	No
Prohibición de ingerir alimentos y líquidos	No
Colocación de vía endovenosa	No
Goteo de oxitocina	No
Rotura artificial de bolsa (amniotomía)	No
Peridural	No
Dilatación manual del cuello	No
Anestesia local preventiva	No
Traslado en silla de ruedas o camilla a sala de partos	No
Pujo conducido	No
Episiotomía	No
Rotación y tracción de la cabeza para sacar el hombro	No
Durante el alumbramiento	¿Es necesario?
Masaje para que salga la placenta	No
Alumbramiento manual	No
Legrado o raspado uterino posalumbramiento	No
Durante e inmediatamente después del nacimiento	¿Es necesario?
Corte inmediato de cordón	No
Separación de la mamá para controles y observación	No
Aspiración de secreciones	No
Sonda nasogástrica	No
Sonda anal	No
Medida y peso	No es necesario tener estos datos inmediatamente
Baño	No

Durante la internación al bebé le sacan sangre del cordón umbilical para el grupo sanguíneo; y después de las 48 horas se le saca sangre del talón para realizar un examen llamado FEI (es ley). Esta información fue supervisada, en el mes de abril de 2001, por los siguientes profesionales:

parteras

Raquel Schallman

Sandra La Porta

obstetras

Claudia Alonso

Carlos Burgo

Tito Lodeiro Martínez

neonatólogos

Mario Elman

Elizabeth Colombero

Alejandra Saavedra

La información contenida en esta ficha fue elaborada utilizando la siguiente bibliografía:

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (1993), Propuesta Normativa Perinatal Tomo I.

OMS (1996), Cuidados en el Parto Normal, Guía Práctica.

OMS (1985), Tecnología Apropriadada para el Parto, Declaración de Fortaleza.

Dr. Jorge Augusto Pronsato Santandreu (2000), Tecnologías Apropriadadas vs. Rutinas Acríticas en Perinatología.

Bibliografía general

Bertherat, Thérèse y Bernstein, Carol. *El cuerpo tiene sus razones. Autocuración y antigimnasia*, Argos, Barcelona, 1977.

Bertherat, Marie, Bertherat, Thérèse y Brung, Paule. *Con el consentimiento del cuerpo*, Paidós, Buenos Aires, 1996.

Brion, María del Carmen, *El parto de la hembra humana*, Biblos, Buenos Aires, 1995.

Coria, Clara. *El sexo oculto del dinero. Formas de la dependencia femenina*, Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1986.

Dethlefsen T. y Dahlke, R. *La enfermedad como camino. Un método para el descubrimiento del sentido profundo de las enfermedades*, Plaza & Janés Editores, Barcelona, 1992.

Dexeus, José María. *Guía de la futura madre. El parto y el puerperio*, Editorial La Gaya Ciencia, Barcelona, 1978.

Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre. *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*, La Sal Ediciones de les dones. Barcelona, 1984.

Fromm, Erich. *El miedo a la libertad*, Paidós, Buenos Aires, 1974.

García, Marta. *De partos y parteras. Breve historia*, Buenos Aires, 1989.

García, Marta. *Preparación para el parto. ¿Sólo para embarazadas?*, Editorial Edinor, Montevideo, 1994.

Gavensky, Ricardo. *Parto sin temor y parto sin dolor*, El Ateneo, Buenos Aires, 1966.

- Gavensky, Ricardo. *Psicoprofilaxis obstétrica*, Panamericana, Buenos Aires, 1967.
- Gutman, Laura. *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*, Edición de la autora. Buenos Aires, Argentina. 2002.
- Horny, Karen. *Psicología femenina*, Psique, Buenos Aires, 1970.
- Janov, Arthur. *La biología del amor*, Apóstrofe, Barcelona, 2001.
- Kitzinger, Sheila. *Nacimiento en casa*, Icaria, Barcelona, 1996.
- Lamaze, F., *El parto sin dolor. Ciencia y vida*, Buenos Aires, 1954.
- Langer, Marie. *Maternidad y sexo*, Nova, Buenos Aires.
- Lapierre, André y Aucouturier, Bernard. *Simbología del movimiento. Psicomotricidad y Educación*, Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1977.
- Leboyer, Frederick. *Por un nacimiento sin violencia*, Daimon, México, 1981.
- Leibiker, Laura. *Detengan el mundo. ¡Estoy embarazada!*, Sudamericana, Buenos Aires, 2001.
- León, Juan. *Tratado de obstetricia*, Editorial Científica Argentina, Buenos Aires, 1959.
- Lerer, María Luisa. *Sexualidad femenina*, Sudamericana-Planeta, Buenos Aires, 1986.
- Luisier, Viviane. "Te voy a ayudar, nada más". Apuntes sobre las parteras empíricas en Nicaragua. Ediciones Minsa, Managua, 1985.
- Marshall, Connie. *Maternidad sin riesgos. Una guía prenatal para parejas*, Sudamericana, Buenos Aires, 1993.
- Mead, Margaret. *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*, Barcelona, 1973.
- Odent, Michel. *El agua, la vida y la sexualidad*, Urano, Barcelona, 1991.
- Odent, Michel. *El bebé es un mamífero*, Mandala Ediciones, Madrid, 1990.
- Odent, Michel. *Nacimiento renacido*, Errepar, Buenos Aires, 1984.
- Odent, Michel. *La científicación del amor. El amor en la ciencia*, Creavida, Buenos Aires, 2001.
- Paciornik, Moyses. *Parto de cócoras. Aprenda a nascer com os índios*, Editorial Brasiliense, São Paulo, 1979.

- Poole, Catherine y Parr, Elizabeth. *Choosing a nurse-midwife*, John Wiley & sons, EE.UU., 1994.
- Pronsato, Jorge. *Tecnologías apropiadas versus rutinas acríticas en perinatología*, Eudecor, Córdoba, 2000.
- Sinay, Sergio. *Hombres en la dulce espera. Hacia una paternidad creativa*, Planeta, Buenos Aires, 1995.
- Sinay, Sergio. *Ser padre es cosa de hombres. Redescubriendo y celebrando la paternidad*, Editorial del Nuevo Extremo, Buenos Aires, 1998.
- Soifer, Raquel. *Psicología del embarazo, parto y puerperio*, Ediciones Kagieman, Buenos Aires, 1977.
- Stoppard, Miriam. *Embarazo y nacimiento*, Norma, Bogotá, 1987.
- Towler, Jean y Bramall, Joan. *Comadronas en la historia y en la sociedad*, Ediciones Masson, Barcelona, 1997.
- Weissmann, Vivi y Chávez, Angélica. *El parto psicoprofiláctico. Una maravillosa experiencia de amor*, Editorial Diana, México, 2000.

Índice

Agradecimientos	7
Parto y sororidad, <i>por Ana María Carrillo</i>	9
La partera y la parturienta: dos caras de lo femenino, <i>por Laura Gutman</i>	15
Prefacio. ¿Por qué un libro?	19
1. PARIR EN LIBERTAD	37
La vida: temida y fabulosa / Recuperando la magia / El respeto y la confianza de los acompañantes / Los deseos / Mixtura / Intimidad y encuentro / De la negación de la evidencia científica al parto en li- bertad / El lugar de la libertad y la seguridad / Los miedos que des- pierta el parto en casa / Una alianza estratégica y asimétrica / La libertad no está en las formas / Distintas formas de dar a luz / Par- to vertical / En el agua / En cuclillas / Casas de partos: entre el ho- gar y la institución / Relatos para compartir. Los padres cuentan su experiencia	
2. EL CUERPO	93
El parto / Comienzo / Período dilatante / Período expulsivo y naci- miento / Cuando la prevención puede ser un riesgo / En el parto / El bebé / La cesárea: una operación de cirugía mayor / Maltrato a las parturientas: una rutina más / Voces de España	

3. LAS EMOCIONES.....	125
"Partirse" para dar lugar al milagro / El cuerpo embarazado / Regresión / El dolor: la posibilidad de irse "a otro planeta" / La sexualidad / El parto como límite entre la muerte y la vida / La violencia	
4. LA PARTERÍA.....	156
Un asunto de mujeres / ¿Quiénes somos? / Rompiendo mitos / El ejercicio de la partería hoy / Un siglo de sometimiento y repliegue / Sometimiento en cadena / ¿Cómo "se hace" una partera? / Argentina / Estados Unidos / México / Holanda / Seres humanos con emociones contradictorias / Gratificación vs. frustración / El mundo sutil de lo femenino / El poder / La atención femenina / Los vínculos en el parto: armonía y conflicto / Futuro padre-futura madre / Partera-futura madre / Partera-obstetra-futura madre-futuro padre / Futura mamá-obstetra / Partera-médico / Relación entre las parteras / Nuevos roles / Un futuro posible	
5. ABORDAJE CORPORAL-EMOTIVO.....	231
Una aventura fantástica / La mujer primitiva / <i>Locus existencialis</i> / El cuerpo no miente / Dejarse fluir / Involucrarse con las embarazadas / Aprender de la frustración / Tiempo de transmitir el saber / La psicoprofilaxis / Soltar el control y liberar la conciencia	
6. UNA ALTERNATIVA ECONÓMICA	278
La evidencia científica ignorada / Crisis y cambio / Pequeños pasos / Costos / La opción de una elite / Alianza de mujeres y parteras	
Anexos	295
Bibliografía general	313

Esta edición de 3.000 ejemplares
se terminó de imprimir en
Grafinor S.A.,
Lamadrid 1576, Villa Ballester, Buenos Aires,
en el mes de agosto de 2007.

